



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora com Adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidamentais no Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Júri:

Presidente:

Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Vogais:

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Ana Margarida Silva

2020

Agradecimentos

Como nada nesta vida se faz sozinho, resta agradecer a todos aqueles que fizeram parte desde curto percurso. Desta forma agradeço:

Aos clientes por me mostrarem que não é preciso muito para ser feliz!

Às orientadoras locais Inês Baião e Susana Cunha, e ao orientador académico professor Pedro Morato, pelos conhecimentos transmitidos e pela sensação de segurança que me proporcionaram.

Aos meus pais e irmãos por me motivaram quando precisei e me ensinaram que desistir nunca é opção.

Aos amigos que a faculdade me fez conhecer e que me apoiaram incondicionalmente durante todas as minhas horas de desespero. Por tudo isso e por terem paciência de santos, agradeço ao Carlos F., à Rita e à Vera.

Aos meus colegas estagiários com quem partilhei as minhas dúvidas e inseguranças.

Aos meus amigos fora da área que mesmo não percebendo nada do que falava me deram o alento que precisei.

E por fim, agradeço ao Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência (C.E.C.D.) e aos seus profissionais, que me acolheram e que me mostraram que apesar de a vida numa instituição nem sempre ser fácil, no final tudo compensa.

“... as palavras são lentas; com elas vemos mais longe...”

Cruzeiro Seixas

Resumo

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais, integrada no segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana- Universidade de Lisboa. Este tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas no Centro de Atividades Ocupacionais do Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência, entre os meses de outubro de 2018 e maio de 2019. Esta estrutura dá resposta a jovens e adultos, a partir dos 16 anos, residentes no concelho de Sintra, com diagnóstico de Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais e/ou multideficiência. A intervenção psicomotora realiza-se em contextos diferenciados, nomeadamente, em meio aquático, equitação terapêutica e Atividade Motora Adaptada (reabilitação psicomotora, desporto adaptado e condição física). Assim, ao longo deste relatório será feito um enquadramento teórico, seguido da descrição da prática profissional, que contempla a descrição da intervenção individual junto de um jovem com Síndrome de Williams, e a descrição dos restantes grupos acompanhados. Por fim, apresenta-se uma breve apreciação crítica sobre a prática profissional da mestranda.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora; Dificuldades intelectuais e Desenvolvimentais; DID; Síndrome de Williams; C.E.C.D.; Centro de atividades ocupacionais; CAO; Estágio Profissional

Abstract

This report was carried out within the curricular unit development of professional skills, integrated in the second year of the master's degree in Psychomotor Rehabilitation, Faculty of Human Kinetics- University of Lisbon. The aims are to describe the internship activities developed in the Occupational Activities Center [OAC] of the *Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência* [C.E.C.D], between October 2018 and May 2019.

The OAC of C.E.C.D gives answers to young people and adults, over 16 years of age living in Sintra, with Intellectual and Development Disabilities (IDD) and/or multi-disabilities. The Psychomotor Intervention is realized in multiple contexts, namely aquatic environment, therapeutic riding and adapted physical activities (Psychomotor Therapy, adapted sports and physical condition).

Throughout this report there will be a theoretical framework, followed by a description of professional practice, which includes the description of the individual intervention with a young person with Williams Syndrome [WSpp], and the description of the remaining groups followed.

Finally, a brief critical appraisal of the student's professional practice is presented.

Key-words: Psychomotor Intervention; Intellectual and Development Disabilities (IDD); Williams Syndrome [WS]; C.E.C.D; Occupational Activities Center [OAC]; Professional Internship

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ASU- Atividades socialmente úteis

AMA- Atividade Motora Adaptada

APA- American Psychiatric Association

BPM- Bateria Psicomotora

C.E.C.D.- Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência

C.M.R.- Clínica de Medicina e Reabilitação

CAO- Centro de Atividades Ocupacionais

CAS- *Cognitive Assessment System*

CG/TIC- Conhecimentos gerais/informática pedagógica

DGS- Direção Geral de Saúde

DID- Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ECOG- Estimulação Cognitiva

EE- Ensino Especial

EE-CRI- Educação Especial-Centro de Recursos para a Inclusão

EET- Estruturação espaço-temporal

EFP- European Forum of Psychomotricity

EGP- Exame Gerontopsicomotor

EQUASS- European Quality in Social Services

FMH- Faculdade de Motricidade Humana

PEA- Perturbações do Espectro do Autismo

PHDA- Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção

PIPA- Plano Individual da Pessoa Apoiada

QI- quociente de inteligência

QV- qualidade de vida

SW- Síndrome de Williams

T21- Trissomia 21

TO- Terapia Ocupacional

TPMBO- Teste de Proficiência Motora de Bruininks- Oseretsky

TSEER- Técnica superior de educação especial e reabilitação

WHO- World Health Organization

Índice Geral

	i
Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	iv
Índice Geral	vi
Índice de Tabelas	viii
Índice de Figuras	ix
Introdução	1
I Enquadramento da Prática Profissional	3
I.1 Caracterização da Instituição e dos Espaços de Intervenção	3
I.1.1 A instituição	3
I.1.2 Centro de atividades ocupacionais	4
I.1.3 Espaços de intervenção	7
I.2 Caracterização da População-Alvo	9
I.2.1 Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais	9
I.2.2 Síndrome de Williams	21
I.3 Intervenção Psicomotora	35
I.3.1 Terapia psicomotora na DID	38
I.4 Contextos de Intervenção	40
I.4.1 Equitação com fins terapêuticos	40
I.4.2 Intervenção em meio aquático	42
I.4.3 Atividade Motora Adaptada	44
II Realização da Prática Profissional	46
II.1 Intervenção Psicomotora no CAO-C.E.C.D.	46

II.2	Contextualização das atividades de estágio	47
II.2.1	Fase de Observação	48
II.2.2	Intervenção Supervisionada e Autônoma	50
II.2.3	Avaliações	51
II.3	Intervenções em contexto de grupo	52
II.3.1	Grupo de condição física	52
II.3.2	Grupo de estimulação cognitiva	55
II.3.3	Grupo de mobilidade e expressão	57
II.3.4	Grupo de psicomotricidade e expressão rítmica	59
II.3.5	Grupo de desporto adaptado	61
II.3.6	Grupo de caminhadas	63
II.3.7	Grupo de natação adaptada	64
II.3.8	Reflexão geral sobre a intervenção em contexto grupal	66
II.4	Estudo de Caso	69
II.4.1	Caracterização do Alberto	70
II.4.2	Avaliação Inicial	72
II.4.3	Plano e objetivos terapêuticos	74
II.4.4	Processo Terapêutico	75
II.4.5	Avaliação Final	79
II.4.6	Reflexão Crítica sobre a intervenção com o Alberto	83
II.5	Atividades Complementares	87
	Conclusão	89
	Referências Bibliográficas	93
	Anexos	116
	Anexo A- Processo de Admissão no CAO	116
	Anexo B- Exemplo de plano de sessão com o grupo de condição física	117
	Anexo C- Exemplos de plano de sessão com os grupos de ECOG	118
	Anexo C.1-Exemplo de plano de sessão com ECOG mais velho	118

Anexo C.2- Exemplo de plano de sessão com ECOG mais novo _____	120
Anexo D- Exemplo de plano de sessão com o grupo de mobilidade e expressão ____	122
Anexo E- Exemplo de plano de sessão com grupo de psicomotricidade e expressão _	123
Anexo F- Exemplo de um plano de sessão do grupo de Desporto adaptado _____	124
Anexo G- Caracterização dos instrumentos de avaliação _____	125
Anexo H- Avaliação inicial e respetiva análise do estudo de caso _____	128
Anexo I- Plano de sessão com Estudo de Caso (Sessão em contexto de sala) _____	132
Anexo I.1.- Plano de sessão com Estudo de Caso (Sessão em contexto de sala) _____	133
Anexo J- Plano de sessão com Estudo de Caso (Sessão em contexto de ginásio) ____	135
Anexo J.1- Reflexão do Plano de sessão com Estudo de caso (sessão em contexto de ginásio)	137
Anexo K- Exemplo de plano de sessão de equitação terapêutica _____	139

Índice de Tabelas

Tabela 1 Organização das etapas do estágio _____	48
Tabela 2 Horário da Mestranda no 2.º Semestre _____	50
Tabela 3 Quadro resumo da participação da estagiária _____	51
Tabela 4 Organização das sessões de condição física _____	53
Tabela 5 Objetivos: grupo de condição física _____	53
Tabela 6 Organização das sessões de ECOG _____	56
Tabela 7 Objetivos: grupos de ECOG _____	57
Tabela 8 Organização das sessões de Mobilidade e expressão _____	58
Tabela 9 Objetivos: Grupo de mobilidade e expressão _____	59
Tabela 10 Organização das sessões de psicomotricidade e expressão rítmica _____	60
Tabela 11 Objetivos: grupo de psicomotricidade e expressão rítmica _____	60
Tabela 12 Organização das sessões de desporto adaptado _____	62
Tabela 13 Objetivos: Grupo de desporto adaptado _____	63
Tabela 14 Organização das sessões de natação adaptada _____	64
Tabela 15 Áreas fortes e áreas a potenciar do Alberto _____	74
Tabela 16 Plano de intervenção - objetivos e sua justificação _____	74
Tabela 17 Horário de intervenção psicomotora com o Alberto _____	75
Tabela 18 Sessão-tipo individual _____	77

Tabela 19 Sessão-tipo de equitação terapêutica	78
Tabela 20 Avaliação Final Alberto- BPM	80
Tabela 21 Avaliação final Alberto – BOT	82
Tabela 22 Avaliação final Alberto – CAS	82
Tabela 23 Avaliação Final Alberto – EGP	83
Tabela 24 Avaliação Inicial do Alberto - BPM	128
Tabela 25 Avaliação Inicial Alberto- BOT	130
Tabela 26 Avaliação Inicial Alberto - CAS	130
Tabela 27 Avaliação Inicial Alberto - EGP	131

Índice de Figuras

Figura 1 Ficha de monitorização (contexto sala)- Estudo de caso	133
Figura 2 Ficha de monitorização (sessão ginásio)- Estudo de caso.....	137
Figura 3 Organização dos materiais pelo espaço	139
Figura 4 Lista de materiais necessários para a sessão.....	139
Figura 5 Exemplo de sessão de equitação terapêutica	139

Introdução

O presente relatório surgiu no âmbito da unidade curricular Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais, inserida no plano de estudos do 2.º ano, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa. Esta unidade curricular inclui a realização de um estágio que contempla os seguintes objetivos (normas regulamentares do mestrado de reabilitação psicomotora da FMH, 2018):

- Potenciar o aprofundamento do conhecimento no campo da reabilitação psicomotora nas vertentes científicas e metodológicas;
- Ampliar as competências de planeamento, gestão e coordenação de serviços e programas de reabilitação psicomotora nas diferentes áreas e âmbitos da intervenção psicomotora;
- Promover ideias diferenciadas na conceção e aplicação de novos saberes e de novas práticas, com o objetivo de ampliar a experiência profissional dos psicomotricistas.

O estágio decorreu entre outubro de 2018 e maio de 2019, no Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência de Mira Sintra (C.E.C.D.), mais especificamente na vertente do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO). Como população-alvo, o CAO oferece respostas a indivíduos com idade superior aos 16 anos, com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID) e/ou multideficiência, e cujos objetivos passam pela promoção de competências de autonomia.

O documento escrito tem como finalidade descrever objetivamente as atividades realizadas ao longo do estágio e por isso encontra-se organizado da seguinte maneira:

- **Enquadramento da prática profissional**, que inclui uma breve caracterização da instituição e dos espaços onde ocorreram as intervenções, uma revisão da literatura onde são abordados os temas da DID e da Síndrome de Williams (SW), e uma descrição da terapia psicomotora e dos diferentes contextos de intervenção;
- **Realização da prática profissional**, contemplando aspetos como a contextualização das atividades de estágio, a descrição do processo de intervenção com o estudo de caso e com os grupos acompanhados, nos diferentes contextos, seguida de uma breve reflexão sobre esse mesmo processo interventivo e uma sumária descrição sobre as atividades complementares vivenciadas durante o estágio;

- **Conclusões e perspectivas para o futuro**, onde se apresenta uma apreciação reflexiva sobre o estágio, identificando as dúvidas, as dificuldades, os aspetos positivos, as necessidades e perspectivas futuras sobre a prática profissional da mestranda.

I Enquadramento da Prática Profissional

I.1 Caracterização da Instituição e dos Espaços de Intervenção

Neste capítulo, será feito um breve enquadramento institucional, com vista a conhecer melhor a instituição que acolheu a estagiária, bem como a caracterização dos espaços onde esta interveio.

I.1.1 A instituição

O C.E.C.D., reconhecido como uma instituição de utilidade pública, é uma cooperativa de solidariedade social, sediada em Mira-Sintra, que se destina a crianças, jovens e adultos com DID, multideficiência e/ou outras desvantagens que requerem um apoio especializado no âmbito social, escolar e/ou laboral (C.E.C.D., 2018a).

A referida instituição foi fundada por pais e técnicos, em 1976, e atualmente dá resposta a mais de 1584 pessoas, em sete valências distintas, nomeadamente (C.E.C.D., 2018a, 2018b): CAO, Centro de Apoio Protegido - Curva Quatro, Centro de Formação Profissional, Unidades Residenciais, Serviço de Apoio Domiciliário, Clínica de Medicina e Reabilitação e Educação Especial, que inclui a Intervenção Precoce e o Centro de Recursos para a Inclusão (CRI). Cada uma destas valências tem programas e equipas multidisciplinares distintas que pretendem dar respostas específicas e ajustadas às necessidades e características da população atendida. Para que essas necessidades sejam colmatadas, o C.E.C.D. emprega cerca de 205 colaboradores (C.E.C.D., 2018a). O CAO, sendo o local onde decorreram as atividades de estágio, será descrito com maior pormenor no capítulo seguinte.

O C.E.C.D. pretende ser uma organização de referência para uma sociedade inclusiva, regendo-se, devido a tal, por um conjunto de valores, tais como: o respeito, a cooperação, a participação ativa, a confidencialidade, a imparcialidade, a lealdade, a valorização da diferença, a identificação de capacidades, o espírito de equipa, o profissionalismo, o otimismo, a parcimónia e a responsabilidade social e ambiental (C.E.C.D., 2018c). Esta cooperativa pretende ainda desenvolver serviços que potenciem a qualidade de vida e os direitos da população a que se destina, bem como prestar apoio às famílias dessas mesmas populações (C.E.C.D., 2018d).

No que concerne aos direitos, o cliente deve (C.E.C.D., 2018c): ser tratado com dignidade, respeito e justiça; ter acesso a serviços que promovam a inclusão do próprio na

sociedade; ser tratado de igual forma independentemente das suas capacidades; não ser discriminado; promover a suas capacidades e autoestima; ter direito a escolher e a tomar decisões; ter a sua privacidade/confidencialidade; ter direito a expressar a sua opinião; ter acesso ao espaço físico; ver cumpridas as disposições do seu contrato e do seu plano individual; e ter direito a um serviço de qualidade personalizado. Contudo, este deve esforçar-se a (C.E.C.D., 2018c): desenvolver as suas capacidades; dar informações necessárias aos profissionais; respeitar as pessoas e o funcionamento da organização; utilizar os recursos de forma responsável; ser sincero na colaboração e resolução de conflitos; cumprir horários, marcações e contrato; e preservar os equipamentos, o ambiente e a imagem do C.E.C.D..

Certificada no âmbito do referencial European Quality in Social Services (EQUASS) - *Assurance*, esta organização pretende ainda atender às necessidades dos clientes, promover competências aos seus colaboradores, desenvolver parcerias que sejam importantes para dar respostas aos seus clientes, promover o meio ambiente e incentivar a participação ativa dos colaboradores, clientes e família através da melhoria e da criação dos serviços prestados, nomeadamente, através de projetos de investigação e inovação (C.E.C.D., 2018e).

Uma vez que as atividades de estágio decorreram no CAO do C.E.C.D, esta valência será descrita com mais detalhe no subcapítulo que se segue.

I.1.2 Centro de atividades ocupacionais

O CAO dá resposta a jovens e adultos com mais de 16 anos, residentes no concelho de Sintra, com diagnóstico de DID e/ou multideficiência. Esta valência atua ao nível de competências de autonomia pessoal, com vista à sua inclusão social, evidenciando as suas capacidades através de atividades ocupacionais e socialmente úteis e respeitando as diferenças de cada cliente, enquanto promove a Qualidade de Vida (QV), as vivências afetivas e a integração sociofamiliar e comunitária (C.E.C.D., 2018f).

Desta forma, é possível diferenciar o nível de atendimento oferecido em três unidades funcionais. Estas unidades distinguem-se entre si pelo nível na autonomia, funcionalidade e necessidades de cada cliente (C.E.C.D., 2018f):

- **Unidade A** - unidade do bem-estar, constituída por clientes com menor nível de autonomia e consequentemente maior necessidade de apoio. Nesta unidade as atividades estão mais direcionadas para o auxílio em atividades de vida diária (e.g. promover uma rotina) e atividades que promovam o bem-estar geral (e.g.

snoezelen, massagens, histórias). Esta unidade compreende 4 grupos: A1/A2, A3 e A4.

- **Unidade B** - unidade de apoio ocupacional, destinada à promoção da autonomia. Esta é constituída por 4 grupos (B1, B2, B3 e B4), onde os clientes apresentam um grau intermédio de autonomia e funcionalidade e são acompanhados em diferentes serviços, como, por exemplo, terapia ocupacional (TO), psicomotricidade, serviços de psicologia, etc.
- **Unidade C** - vertente direcionada para o apoio laboral, na qual se desenvolvem atividades socialmente úteis, cujo principal objetivo passa por desenvolver atividades num ambiente o mais integrado possível. Esta unidade é constituída pelos clientes mais autónomos e divide-se em 3 grupos (C1, C2 e C3). Estes clientes são responsáveis por atividades de costura, do bar ou jardinagem, e frequentam também os serviços das áreas complementares (e.g., conhecimentos gerais/informática pedagógica [CG/TIC conhecimentos], Atividade Motora Adaptada [AMA]).

Atualmente o CAO apoia diretamente 176 clientes (49 da unidade A, 72 da unidade B e 55 da unidade C) e conta com a colaboração de 54 funcionários (C.E.C.D., 2017). A equipa é constituída por técnicos de serviço social, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais, técnicos superiores de educação especial e reabilitação, técnicos superiores de educação social, monitores e auxiliares de atividades ocupacionais, e um diretor executivo (C.E.C.D., 2017). No caso concreto do CAO do C.E.C.D., os clientes são sujeitos a um processo de admissão (Anexo A), sendo excluídos todos os candidatos que não apresentem DID e/ou multideficiência, e que sejam menores de 16 anos.

Os clientes podem usufruir de (C.E.C.D., 2018f): atividades ocupacionais (como, arte decorativa, azulejaria, jardinagem, doçaria e reciclagem), de atividades de bem-estar (relaxação, estimulação sensorial e prestação de cuidados) e de atividades complementares (CG/TIC, TO, arte e criatividade, natação adaptada, equitação terapêutica, e AMA - que inclui intervenção psicomotora, condição física e desporto adaptado).

Existe ainda a possibilidade de participar em atividades socialmente úteis (A.S.U.), onde os clientes se integram em empresas particulares e entidades públicas, com protocolos estabelecidos entre estas e o C.E.C.D. (tais como, a União de Freguesias de Massamá-Monte Abraão, a Junta de Freguesia de Queluz-Belas, o Infantário do Povo, e ARPIAC).

As atividades ocupacionais, mencionadas anteriormente, decorrem tanto em espaços físicos do centro (e.g., sala de snoezelen, ginásio, sala de multiusos, etc.), como em espaços da comunidade, nomeadamente, a equitação, a natação, o karaté ou o ténis. Os espaços frequentados pela mestranda serão descritos mais à frente.

O CAO funciona de 2.^a a 6.^a feira das 9h às 17h e localiza-se em dois locais distintos: um em Mira-Sintra (sede) e outro no Pendão, Queluz. Como as atividades de estágio decorreram no polo de Mira-Sintra, este será descrito mais pormenorizadamente em seguida.

O polo do CAO-sede fica localizado perto do Parque Urbano Mira-Sintra, local onde são realizadas a maioria das caminhadas com os utentes. É um espaço composto por áreas verdes e por vários equipamentos desportivos, como, por exemplo, paredes de escalada, campo desportivo, máquinas de exercício, entre outros. Em termos de acessibilidade, este centro fica próximo de uma paragem de autocarro e a cerca de 15 minutos a pé da estação ferroviária de Mira Sintra-Meleças, o que permite que os clientes mais funcionais se desloquem com facilidade. Este polo fica localizado ao lado do Centro de Medicina de Reabilitação, que recebe alguns dos utentes do CAO no tanque terapêutico.

Sendo o C.E.C.D uma cooperativa de solidariedade social, esta deve reger-se pela atual legislação. Desta forma, em seguida, será apresentado o enquadramento legal pelo qual esta instituição se rege.

1.1.2.1 Enquadramento Legal

No que concerne aos processos legais, o C.E.C.D.-Mira Sintra é identificado como uma cooperativa de solidariedade social, desde 7 de abril de 1978, regendo-se pelo Decreto-Lei n.º 7/98, de 15 de janeiro (C.E.C.D., 2018e). Neste Decreto-Lei, as cooperativas de solidariedade social propõem-se a: dar respostas a necessidades sociais e a promover a integração de grupos desfavorecidos (e.g. pessoas com deficiências); apoiar as suas famílias e comunidades, a fim de melhorar a sua qualidade de vida e a sua integração socioeconómica; apoiar cidadãos portugueses residentes no estrangeiro que careçam de meios económicos; desenvolver programas específicos para a sua população alvo; e promover o acesso à educação, formação e integração de grupos desfavorecidos.

Relativamente ao CAO, este rege-se por um modelo de organização preconizado pelo Decreto-Lei 18/89, de 11 de janeiro.

O Decreto-Lei n.º 18/89, de 11 de janeiro, tem como objetivo estabelecer critérios de apoio a pessoas com deficiência grave, que carecem de uma grande dependência. Desta forma, e sabendo que existem limitações que impedem a integração de certos indivíduos no mercado laboral e em centros de emprego protegido, o desenvolvimento de atividades ocupacionais pode contribuir, positivamente, para a valorização pessoal e integração de pessoas com deficiência. Ou seja, de acordo com o decreto-lei supramencionado, pessoas com deficiências graves podem usufruir de atividades socialmente úteis, que permitem uma valorização pessoal e um aproveitamento de capacidades, com a finalidade de uma eventual integração ou de os manter ativos e motivados, sem que seja necessário haver um rendimento profissional ou um enquadramento normativo. Por essa razão, e segundo o artigo 6.º do referido Decreto-Lei, o CAO deve proporcionar aos utentes a realização de A.S.U. e ocupacionais, apoio técnico nas dimensões físicas, psíquicas e sociais, e auxiliar na participação em atividades culturais, desportivas e recreativas.

Em termos legislativos, cada unidade deve ter uma capacidade máxima de 30 utentes (algo que o C.E.C.D. não cumpre), as instalações devem situar-se em locais adequados, com boa exposição solar e com boas condições de ventilação e arejamento, e os espaços devem de ser de fácil circulação (Despacho n.º 52/SESS/90, de 16 de julho).

É ainda importante referir, que de acordo com o artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 18/89, as atividades ocupacionais destinam-se unicamente a indivíduos com mais de 16 anos e com deficiência grave, cujas capacidades não permitem o exercício de atividades laborais

Os espaços do CAO frequentados pela mestrandia, no âmbito da intervenção, serão descritos em seguida.

I.1.3 Espaços de intervenção

Tal como referido, o CAO dispõe de diferentes espaços que os clientes podem usufruir. Todos estes espaços dentro da instituição são de fácil acesso e adaptados a todos os clientes, ou seja, os corredores permitem a manipulação de cadeira de rodas, a escada tem proteção antiderrapante e corrimão, existe elevador, e as salas estão bem identificadas.

Em deslocações para o exterior, o CAO dispõe ainda de transporte adaptado para qualquer cliente.

Os espaços frequentados pela mestrandia no âmbito da intervenção psicomotora serão descritos de maneira breve em seguida.

1.1.3.1 Sala de condição física

Esta sala localiza-se no 1.º piso do CAO-sede e, além de uma secretária, dispõe de máquinas de exercício (passadeiras, elípticas, remoergometro, steps, entre outras), que os utentes utilizam para potenciar a sua condição física, e aparelhos de saúde, nomeadamente, uma máquina de medição da pressão arterial e uma balança. Encontram-se ainda jogos/atividades que não requerem atividade física, como, por exemplo: *mikado*, jogo de encontrar os pares e loto.

Na maioria das vezes este espaço é usado para se fazer o aquecimento das sessões de psicomotricidade e de condição física ou para sessões individuais.

1.1.3.2 Ginásio de desportos coletivos

A maioria das sessões de psicomotricidade, desporto adaptado e de condição física decorrem neste espaço. Este é amplo e dispõe de um conjunto de materiais que podem ser usados como recurso para as sessões.

Os materiais que se encontram na sala são os seguintes: aparelhagem, bancos suecos, steps, bolas (voleibol, basquetebol, futebol, andebol, pilates), arcos de diferentes cores e tamanhos, pinos, cordas, bastões, discos e “tartarugas” para fazer lançamentos, pesos, raquetes, balizas, rede de voleibol e badminton, cesto de basquetebol e corfebol, tacos de golfe, saco de boxe, coletes e espaldar.

1.1.3.3 Complexo desportivo de Monte-Abraão

As sessões de natação adaptada decorrem no complexo desportivo de Monte-Abraão, todas as quartas-feiras de manhã. Este local é composto por uma piscina com seis pistas e um tanque terapêutico.

A piscina, onde decorrem as sessões, possui 25 metros de comprimento e 1.80 metros (no máximo) de profundidade. Além do mais, as instalações possuem um vasto conjunto de materiais como: rolos, pranchas, colchões, bolas, argolas, arcos, entre outros.

Estas sessões focam-se essencialmente em técnicas de natação e adaptação ao meio-aquático.

1.1.3.4 Real Sport Clube

As aulas de Karaté decorrem no Real Sport Clube, em Massamá, todas as terças-feiras de manhã. Esta arte marcial é lecionada pelo mestre António Ramalho, e foca-se essencialmente em exercícios de defesa pessoal e de condicionamento físico.

A prática desta modalidade trabalha aspetos, como, a coordenação, a atenção/concentração e a memória, o que acaba por influenciar positivamente a vida da população acolhida nesta instituição.

A sala onde decorrem estas aulas é ampla, o piso é revestido por tatame (espécie de tapete acolchoado) - que permite que esta técnica de defesa pessoal seja praticada descalça - e por um espelho que ajuda os clientes a reproduzirem os movimentos do mestre.

1.1.3.5 Clube Equestre de Janas - O Paddock

A equitação decorre no Clube Equestre de Janas - O Paddock, um local calmo, rodeado por uma vasta zona florestal (Opaddock, s/d a).

Os clientes desfrutam deste espaço todas as segundas e terças-feiras de manhã, e as sessões têm um planeamento proposto pela escola de equitação, contudo, são conduzidas pelas Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação (TSEER) e pela TO.

Enquanto decorrem as sessões de equitação – dois clientes a montar - os restantes têm a possibilidade de manear um pônei, i.e., de o limpar/escovar e alimentar.

Este local dispõe de um picadeiro coberto (onde decorrem as sessões), um redondel, um campo de obstáculos, um campo de treino, uma guia elétrica, boxes com cavalos, um bar, uma clínica de reabilitação para cavalos, um espaço para eventos e áreas de jardim que os clientes podem desfrutar enquanto aguardam a sua vez (Opaddock, s/d a).

Descritos os locais de intervenção, torna-se pertinente apresentar a população-alvo com quem a estagiária contactou.

I.2 Caracterização da População-Alvo

Com o intuito de compreender melhor a população-alvo do CAO, neste capítulo será apresentada uma revisão da literatura sobre a DID e a SW.

I.2.1 Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais

1.2.1.1 Definição e evolução do conceito

Os termos adotados para se referir a pessoas com deficiência, com o tempo, vieram a adquirir conotações negativas (Walsh, 2002). Por isso, nos últimos anos tem havido uma

maior compreensão sobre a importância da terminologia e tal tem contribuído para uma mudança de paradigma (AAIDD, 2017; Alonso e Schalock, 2010; Santos e Morato, 2012a).

Inicialmente, as pessoas com limitações intelectuais eram referidas como “deficientes mentais” (Santos e Morato, 2012a). No entanto, este termo foi posto em causa e como proposta de alteração surgiu uma nova designação: DID - Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a). Para os autores, esta simples mudança pode contribuir para a alteração da mentalidade da sociedade face às pessoas com esta problemática, uma vez que a nova terminologia possui uma conotação mais positiva, quando comparada com a anterior.

Relativamente à atual definição de DID, esta é caracterizada por limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, que se expressam nas aptidões sociais e práticas diárias, tendo que ter origem antes dos 18 anos (AAIDD, 2017). Esta nova definição centra-se numa perspetiva ecológica, que evidencia a relação que o indivíduo estabelece com o contexto, em que os apoios necessários podem auxiliar no funcionamento humano (Santos e Morato, 2012^a; Schalock et al., 2007;).

Neste sentido, o comportamento adaptativo ganha outra relevância, fazendo com que o Quociente de Inteligência (QI) não seja, só por si, um indicador de DID (Cunha e Costa, 2007). Por outras palavras, a nova abordagem, além de explicar a DID, permite classificá-la tendo em conta o funcionamento adaptativo, pois é este que vai definir o nível de suporte necessário (APA, 2013; Schalock e Luckasson, 2015).

Segundo Alonso e Schalock (2010), a adoção do conceito DID explica a interação da pessoa no seu contexto, permite que sejam focadas as suas capacidades e não as suas dificuldades, centra-se no papel dos apoios individuais de forma a melhorar o seu funcionamento, e auxilia na compreensão da problemática (focando-se em princípios como a autoestima, bem-estar, entre outros).

1.2.1.2 Classificação

Com a alteração do termo “Deficiência Mental” para DID, e respetiva mudança de paradigma, houve uma maior necessidade de avaliar todas as áreas dos indivíduos e não apenas o seu QI (Cunha e Costa, 2007; Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a).

Assim sendo, em vez de se dar maior ênfase aos conteúdos académicos, surgiu a necessidade de avaliar o comportamento adaptativo, por forma a identificar as possíveis áreas de intervenção e a facultar os apoios necessários para os sujeitos obterem um maior grau de funcionalidade (Santos, 2007; Santos e Morato, 2012b).

Por essa razão, Luckasson et al. (2002) sugeriram “classificar” os indivíduos com DID segundo o tipo de apoio que estes necessitam, nomeadamente: intermitentes, limitados, extensivos e perversivos. Os primeiros são definidos por apoios esporádicos, i.e., apoios de curta duração, que são necessários apenas em alguns momentos a vida e podem ser de baixa ou alta intensidade. Os apoios limitados caracterizam-se por serem consistentes ao longo do tempo limitado, mas não de índole intermitente. Já os extensivos são de carácter habitual, em alguns contextos específicos, e não limitados no tempo. Por último, os apoios de carácter perversivo são de alta intensidade e constantes no tempo.

No entanto, existem outras classificações, nomeadamente a presente no DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), que classifica os sujeitos de acordo com níveis de gravidade. Estes níveis podem variar entre leve, moderado, grave e profundo, e são definidos de acordo com os domínios conceptual, social e prático (APA, 2013).

No nível leve, os indivíduos, em termos cognitivos, não apresentam défices muito óbvios. No entanto, são verificadas algumas dificuldades nas áreas académicas, no pensamento abstrato e nas funções executivas (APA, 2013). Relativamente ao domínio social, revelam alguma imaturidade, sobretudo na regulação emocional, na noção de risco e no julgamento social (APA, 2013). No domínio prático, são funcionais em atividades básicas de vida diária, mas necessitam de algum apoio em tarefas diárias mais complexas, além de necessitarem também de apoio em algumas atividades recreativas. Todavia, são capazes de ter uma vida laboral, desde que não seja necessário o uso de competências teóricas/abstratas (APA, 2013).

No que concerne ao nível moderado, as capacidades conceituais encontram-se aquém do esperado para a idade cronológica, as competências académicas são adquiridas lentamente e em idades mais avançadas é necessário apoio nas áreas laborais, académicas e na vida pessoal, sendo que outros podem assumir responsabilidades pelo sujeito (APA, 2013). Em comparação com indivíduos com desenvolvimento típico, verificam-se disparidades no comportamento social e na comunicação, além de que a capacidade de tomar decisões é reduzida (APA, 2013). Relativamente ao domínio prático, estes são capazes de realizar tarefas de vida diária simples, mas o tempo de aprendizagem é maior (APA, 2013).

Por sua vez, no nível grave, os sujeitos revelam competências limitadas no domínio conceitual e necessitam de apoio constante ao longo da vida (APA, 2013). Demonstram ainda dificuldades na linguagem/comunicação expressiva e recetiva (APA, 2013). Bem

assim, é necessário prestar-lhes apoio em todas as atividades diárias, verificando-se dificuldades significativas no comportamento adaptativo (APA, 2013).

Por fim, no nível profundo as competências conceituais abrangem mais o domínio físico do que o simbólico, sendo que na maioria dos casos existe comprometimento motor e sensorial (APA, 2013). A compreensão é muito reduzida e o sujeito depende de outros em todas as áreas (cuidados diários, saúde, participação em atividades recreativas, etc.) (APA, 2013).

1.2.1.3 Diagnóstico, etiologia e comorbilidade

Considerando a atual definição de DID, referida anteriormente, o diagnóstico é baseado em três critérios distintos: limitações no funcionamento intelectual, no comportamento adaptativo e manifestação durante o período do desenvolvimento, i.e., antes dos 18 anos (Schalock e Luckasson, 2013).

No que concerne ao funcionamento cognitivo, este é avaliado por testes de inteligência com validade psicométrica e adequados culturalmente à pessoa (APA, 2013). Por sua vez, a avaliação adaptativa (que pretende perceber o grau de independência que o indivíduo tem para realizar a sua vida) tem em conta a faixa etária, a cultura e o uso de instrumentos padronizados e normalizados para a população em geral (APA, 2013; Tassé, 2009). Os resultados obtidos na avaliação diagnóstica desta população encontram-se dois desvios-padrão abaixo do esperado, quando comparado com a norma (Tassé, Luckasson e Schalock, 2016).

Estima-se que a DID afete 1037/1000 habitantes, no entanto, parece haver maior prevalência em países subdesenvolvidos (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua e Saxena, 2011). Em Portugal, julga-se que o número de indivíduos com DID seja superior a 70.000, sendo o género masculino ligeiramente mais afetado (Pordata, 2015).

No que concerne à etiologia, as causas são multifatoriais e resultam das interações complexas entre a predisposição genética, fatores envolvimentoais, vulnerabilidade desenvolvimental e fatores hereditários (Harris, 2006).

Segundo Louhiala (2004), as causas podem ter origem no período pré-concepcional (e.g., alterações cromossómicas), no período pré-natal (e.g., malformações no sistema nervoso, síndromes, causas ambientais), no período perinatal (e.g., problemas neonatais e intrauterinos), no período pós-natal (e.g., infeções, causas psicossociais, problemas cerebrais) ou podem ainda ser de origem desconhecida.

Já para Schalock (2011), a abordagem etiológica da DID depende de duas variáveis: os tipos de fatores (biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais) e o tempo (períodos pré, peri e pós-natal). Desta forma, resume os principais fatores de risco da seguinte maneira (Schalock, 2011):

- Período Pré-natal:
 - Fatores biomédicos - alterações cromossômicas, problemas metabólicos e infecções transplacentárias, exposição a toxinas, desnutrição;
 - Fatores sociais - pobreza, desnutrição materna, violência doméstica e falta de acompanhamento pré-natal;
 - Fatores comportamentais - uso de drogas e imaturidade parental;
 - Fatores educacionais - falta de oportunidades e pais com deficiências;
- Período Perinatal:
 - Fatores biomédicos - prematuridade, lesões no nascimento, problemas neonatais, hipoxia e incompatibilidade sanguínea;
 - Fatores sociais - más condições no parto;
 - Fatores comportamentais - rejeição ou abandono parental;
 - Fatores educacionais - falta de encaminhamento médico para os serviços de intervenção pós período de alta hospitalar;
- Período Pós-Natal:
 - Fatores biomédicos - traumatismo cranioencefálico, problemas convulsivos e degenerativos;
 - Fatores sociais - pouca estimulação, pobreza, doenças crônicas e institucionalização;
 - Fatores comportamentais - negligência parental, violência doméstica e temperamento difícil;
 - Fatores educacionais - diagnóstico tardio, intervenção precoce desajustada, falta de apoio familiar e serviços de educação especial ineficazes.

Apesar de todos estes fatores de risco e de prognóstico, 75% dos casos de DID resultam de alterações genéticas/anomalias cromossômicas, seguida da asfixia perinatal, grave privação psicossocial, e exposição a toxinas no período pré-natal, nomeadamente exposição ao álcool (Shevell, 2008). Todavia, é importante referir que, independentemente da existência de um problema médico ou genético, este nem sempre pressupõe a existência de uma DID (APA, 2013).

No que concerne à comorbilidade, indivíduos com DID apresentam uma maior probabilidade de manifestarem (Patel e Merrick, 2011): perturbações mentais (como, Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção [PHDA], Perturbações Obsessivo-Compulsivas, alterações de humor, comportamentos estereotipados e/ou ansiosos); problemas médicos (convulsões, obesidade, problemas auditivos ou visuais, dificuldades motoras); e, problemas comportamentais (comportamentos autolesivos e/ou desafiadores, agressividade, entre outros). Neste âmbito, Cooper et al. (2015) afirmam que cerca de 40% da população com DID possui problemas de saúde mental, 30% sofre de epilepsia e 50% de doença gastroesofágica.

Apesar dos indivíduos com DID, como já foi referido, terem uma probabilidade superior de desenvolver uma doença do foro psiquiátrico (devido a défices cognitivos, socioafetivos, comunicacionais, de autoestima), a avaliação psicológica desses sujeitos ainda não é uma prioridade (Fenacerci, s/d). Devido a tal, o seu diagnóstico enfrenta um conjunto de obstáculos que contribuem para que os sintomas fiquem camuflados, como, o aumento dos comportamentos desajustados, as dificuldades comunicacionais e défices nas capacidades sociais e experiências de vida (Folcher et al. 2009, cit. in Fenacerci, s/d).

A existência de comorbilidades nesta população pode ainda originar problemas de sobredosagem medicamentosa (Fenacerci, s/d). Um estudo espanhol conduzido por Folch e colaboradores (2018) concluiu que: cerca de 84% desta população toma medicação regular, sendo a toma média de 4 comprimidos/dia; 73% toma medicação psicotrópica com uma toma média de 2 comprimidos/dia, sendo os medicamentos antipsicóticos e anticonvulsionantes os mais frequentes; e 22% dos medicamentos psicotrópicos são prescritos sem indicação e acompanhamento médico. Esta toma de fármacos pode contribuir para uma interação indesejada de medicação, levando, posteriormente, a outros problemas de saúde, nomeadamente: maior risco de hipotensão, sedação, depressão respiratória, arritmias, e alterações da concentração de medicamentos no plasma sanguíneo (Folch et al., 2018). Outros estudos referem ainda a presença de diferentes efeitos secundários, como, por exemplo, sonolência, sintomas extrapiramidais, aumento de peso e aumento da concentração de prolactina (McQuire, Hassiotis, Harrison e Pilling, 2015).

O interesse pelo estudo de casos de duplo diagnóstico (i.e., comorbilidade entre a DID e problemas psiquiátricos) tem crescido nos últimos anos, sobretudo devido ao processo de desinstitucionalização de indivíduos com DID, mas também devido à complexidade e seriedade do problema, que nem sempre é identificado pelos profissionais

(Baum, 1999, cit. in Pereira, 2015; Taua, Hepworth e Neville, 2012). Desta forma, é necessário investigar mais sobre este assunto, para que as respostas a esta população sejam mais ajustadas às suas necessidades e expectativas (Fenacerci, s/d).

Os dados suprarreferidos revelam-se importantes, uma vez que, em comparação com a população em geral, os indivíduos com DID têm maior probabilidade de experienciar problemas de saúde precocemente, maior probabilidade de terem problemas médicos e são mais suscetíveis a sofrer dos efeitos secundários da medicação (Cooper et al., 2015). Assim sendo, esta informação permite criar respostas mais adequadas e antecipadas, de forma a prevenir e reduzir as desigualdades existentes nesta população (Cooper et al., 2015).

1.2.1.4 Características populacionais

Como mencionado anteriormente, a DID é uma condição bastante heterogénea que depende não só da sua etiologia como também da extensão da disfunção cerebral (APA, 2013). Por essa razão, esta população apresenta uma multiplicidade de características que podem, ou não, manifestar-se no decurso do seu desenvolvimento (Patel e Merrick, 2011).

Embora o quadro clínico seja heterogéneo, é possível identificar algumas características específicas desta população, como, por exemplo: atrasos na aquisição dos marcos desenvolvimentais, dificuldades na motricidade fina, problemas na linguagem, e dificuldades nas áreas psicossociais e sensoriomotoras (Harris, 2006; Wuang, Wang, Huang e Su, 2008).

No que se refere ao nível cognitivo, esta população, quando comparada com indivíduos com a mesma idade mental, revela dificuldades na inibição, no planeamento e na memória de trabalho não-verbal (Wuang et al., 2008). No entanto, em comparação com crianças de desenvolvimento típico, as dificuldades nas funções executivas são generalizadas (Danielsson, Henry, Messer e Rönnberg, 2012). São também evidentes dificuldades na organização percetual e visuoespacial, demora na aquisição de novos conhecimentos, e dificuldades na exploração visual e em processar informações complexas (Blasi, Elia, Buono, Ramakers e Nuovo, 2007). Ke e Liu (2015) referem ainda que esta população apresenta dificuldades na memória e na capacidade de concentração, bem como um atraso no desenvolvimento da linguagem, no pensamento abstrato e dificuldades de perceção (i.e., dificuldades em distinguir, por exemplo, cores e formas), o que dificulta, consequentemente, a compreensão da leitura, escrita e cálculo.

Em termos sociais, verifica-se que indivíduos com DID têm um défice no desenvolvimento e nas habilidades sociais, relacionando-se este com o grau de comprometimento cognitivo, as comorbilidades existentes, os fenótipos e as etiologias específicas de cada indivíduo (Sukhodolsky e Butter, 2007). Este ajustamento social pode, contudo, ser influenciado (negativamente) pela depressão, ansiedade e pelos comportamentos manifestados pelas próprias pessoas com DID (Sukhodolsky e Butter, 2007). Sendo que esses comportamentos tendem a ser idiossincrásicos, agressivos e/ou autolesivos (Ke e Liu, 2015) e podem ser justificados pelas dificuldades dos indivíduos em se expressar verbalmente, à coexistência de um problema de saúde mental, aos efeitos secundários da medicação e às circunstâncias envolvimentoais em que o sujeito se encontra como abuso, negligência, *bullying*, excesso de rotina, ou falta de atividades de lazer (Simpson, Mizen e Cooper, 2016).

Relativamente ao domínio psicomotor, esta população encontra o seu desempenho motor significativamente abaixo dos seus pares, sobretudo no que se refere a habilidades com a bola, destreza manual e equilíbrio (Rintala e Loovis, 2013; Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010). Santos e Morato (2007) acrescentam ainda que estes indivíduos, quando comparados com a norma, revelam uma maior demora e um menor rigor dos movimentos, enquanto revelam um maior tempo para efetivar uma tarefa.

Smits-Engelsman e Hill (2012), Vuijk et al. (2010) e Wuang et al. (2008), mencionam que, tendencialmente, indivíduos com pior prestação em testes de QI, revelam pior prestação motora. Este facto permite não só concluir que crianças com DID beneficiariam de uma intervenção com enfoque nestes aspetos (tendo em conta as características e os pontos fortes e a desenvolver do indivíduo), mas também fornece diretrizes importantes para os clínicos uma vez que, auxilia os profissionais nos julgamentos clínicos, na tomada de decisões e na operacionalização dos objetivos (Smits-Engelsman e Hill, 2012; Wuang et al., 2008). É, portanto, neste aspeto que para Mansur e Marcon (2006) a psicomotricidade se revela pertinente, na medida em que, precocemente, esta pode atenuar alguns dos défices identificados nesta população (ver capítulo I.3).

Contudo, antes de descrever a psicomotricidade, e tendo em conta o que foi observado no estágio, torna-se pertinente abordar os temas da sexualidade e do envelhecimento na DID.

1.2.1.5 Sexualidade nas pessoas com DID

Ainda que o interesse da expressão da sexualidade de adultos com DID não seja uma preocupação recente, e mesmo com todo o progresso que se tem verificado ao longo dos

últimos 30 anos, continua a ser um assunto delicado, sobretudo para os familiares e para os cuidadores diretos desta população (Brown e McCann, 2018, 2019).

Muitas das vezes, os adultos com DID vêm-se pouco apoiados na sua vida sexual e reprodutiva, ao mesmo tempo que enfrentam problemas de falta de privacidade, de acesso à educação e de autonomia além de apresentarem uma maior propensão para serem vítimas de abusos (Chou, Lu, Chen e Lin, 2019; Noonan e Gomez, 2011; Gomez, 2012).

Existe, ainda atualmente, apesar de uma maior abertura sobre estas questões, um conjunto de fatores que influenciam a percepção e as atitudes sobre a sexualidade na DID (sendo que estas variam de acordo com tópico que é avaliado, i.e., relações sexuais, casamento, direito à paternidade), nomeadamente: o grau de incapacidade do sujeito, as características demográficas, a religião, o nível de educação, o grupo onde este se insere, a idade e o género, e o nível de aproximação de terceiros aos indivíduos com DID (Martínez, Ramírez, Cavazos, Martínez e Mullet, 2011).

Estes fatores, adicionados às falsas crenças/estereótipos existentes, como, por exemplo, serem indivíduos assexuais, ou achar-se que estes sujeitos têm comportamentos sexuais agressivos e que não são capazes de controlar os seus impulsos, contribuem para uma ideia errada acerca destes sujeitos, ao mesmo tempo que reprimem a manifestação livre e ajustada da sua sexualidade (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester- Arnal e Díaz-Rodríguez, 2018).

Os indivíduos com DID, têm as mesmas necessidades e os mesmos direitos que as pessoas sem dificuldades. Contudo, estudos revelam que esta população apresenta níveis de informação inferiores à restante, o que contribui para comportamentos desajustados (e.g. masturbação em público, desrespeito pelo espaço pessoal do outro), aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis ou a não denúncia de casos de abuso sexual (Borawska-Charko, Rohleder e Finlay, 2017). Outro estudo revela que os sujeitos com DID têm dificuldade em expressar as suas opiniões sobre esta temática, não se sentindo bem a falar sobre a mesma (Vieira e Coelho, 2014). A falta de informação gera, nesta população, um sentimento de insegurança e baixa autoestima, o que contribuiu para um isolamento afetivo (Vieira e Coelho, 2014).

Mais concretamente, segundo Nicolau, Schraiber e Ayres (2013), um dos principais problemas que as mulheres com DID enfrentam é a inexistência de espaços fora da instituição suscetíveis de as receber, apesar de estas terem interesse num relacionamento

afetivosexual, além de que o desinteresse das suas famílias para as ajudar a resolver essa questão, torna-se em mais um entrave.

Para muitos jovens/adultos com DID este tema ainda é tabu (Vieira e Coelho, 2014), sendo o sexo visto como algo negativo, tal deve-se ao facto de a sociedade continuar a transmitir a opinião de que o sexo é algo errado e que traz riscos (e.g., doenças e gravidez). No entanto é de referir que, apesar de todas estas ideologias, estes jovens solicitam cada vez mais informação sobre concepção e contraceção (Vieira e Coelho, 2014).

Além da vida sexual desta população ser gerida pelos cuidadores/familiares, estes indivíduos, quando não são vistos como assexuais ou hipersexuais, são classificados como heterossexuais – não lhe sendo dada a hipótese de explorar a sua identidade sexual (Noonan e Gomez, 2011; Wilson et al., 2016). Embora o número de indivíduos com DID heterossexuais seja maior, alguns destes jovens revelam ter tido experiências com pessoas do mesmo sexo relacionadas com afetos, angústias e expectativas, que geraram sentimentos diversos e confusos, situações essas vivenciadas, também, por jovens sem deficiência (Dinwoodie, Greenhill e Cookson, 2016; Vieira e Coelho, 2014).

No caso de jovens com DID se assumirem como homossexuais, estes tornam-se uma “minoría dentro da maioria”, podendo sofrer dupla discriminação, resultante da sua deficiência e da sua orientação sexual (Dinwoodie et al., 2016; McCann, Lee e Brown, 2016; Wilson et al., 2016). Este facto contribui para uma maior exclusão social destes indivíduos, limitando ainda mais o estabelecimento de relacionamentos significativos, além de aumentar os problemas comportamentais, o *bullying*, o stress, o preconceito, e o uso de substâncias ilícitas (McCann, Lee e Brown, 2016).

Além de todas estas questões, acresce o facto de muitos profissionais demonstrarem uma atitude menos positiva em relação a este assunto, sobretudo porque ainda existe algum desconhecimento e algumas ideias preconcebidas (Louro, Jorge e Santos, 2007).

Um estudo conduzido por Morato e Tomé (2000) em Portugal, que tinha como objetivo perceber as atitudes dos profissionais face a esta problemática, concluiu que profissionais com maior grau de formação, mais novos e com menos tempo de serviço parecem ser mais abertos relativamente à questão da sexualidade na DID. Em contrapartida, indivíduos mais religiosos aparentam ser menos abertos a este tema (Morato e Tomé, 2000). Questões como o género dos profissionais e a existência de familiares com DID junto destes profissionais, não permitiu fazer generalizações (Morato e Tomé, 2000).

Outro estudo sobre a mesma problemática, concluiu que, apesar dos resultados, de uma maneira geral, indicarem que os profissionais estão mais abertos ao tema da sexualidade na DID, quando são analisadas questões mais complexas, como os jovens terem oportunidade para experienciarem a sua sexualidade, o mesmo já não se verifica (Louro, Jorge e Santos, 2007).

Todos estes dados para Brown e McCann (2018) reforçam a ideia de que é fundamental desenvolver políticas e programas educativos para a população com DID, de forma a promover a capacidade de tomada de decisões, de exploração da sua sexualidade de maneira adequada e de proteção destes sujeitos de situações de risco (e.g. abusos). Sem esquecer aqui, no entanto, as famílias e os cuidadores, que necessitam de um apoio mais específico para saberem como lidar melhor com as necessidades destes sujeitos (Brown e McCann, 2018).

1.2.1.6 Envelhecimento na DID

Com o avanço da medicina, houve um aumento das condições de cuidados de saúde junto das pessoas com deficiência - o que contribuiu, consequentemente, para um aumento da esperança média de vida (Cuesta, 2001). Contudo, as limitações que advêm do avanço da idade, aparecem mais precocemente na população com DID do que nos casos do envelhecimento típico e trazem consigo um conjunto de novas e complexas necessidades (Rodriguez, 2001).

Estima-se que, num futuro próximo, a esperança média de vida desta população (maioritariamente indivíduos com DID leve) atinja os 70 anos (Carmeli e Iman, 2014). Todavia, a probabilidade destas pessoas desenvolverem problemas visuais, auditivos e cardíacos, bem como problemas digestivos, osteoporose, obesidade, e demência, é maior, quando comparado com indivíduos de desenvolvimento típico (Carmeli e Iman, 2014). Tal, deve-se não só aos fatores relacionados com as suas limitações, mas também às condições de acesso à saúde, a questões envolvimentoais e ao estilo de vida adotado (Carmeli e Iman, 2014; Fenacerci, 2013; Haveman et al., 2011; Strydom, Chan, King, Hassiotis e Livingston, 2013).

No que diz respeito às competências psicomotoras das pessoas idosas com DID, um estudo conduzido por Pinheiro e Santos (2015) concluiu que esta população apresenta dificuldades em todos os itens do EGP (descrito no anexo G), sobretudo nos domínios da memória percetiva e verbal, na mobilização dos membros superiores e no domínio temporal. Sendo que, tal pode ser explicado pelo comprometimento psicomotor e cognitivo verificado nesta população (Pinheiro e Santos, 2015). Todas estas alterações implicam um

maior suporte nas tarefas de vida diária, nas atividades de lazer e na vida laboral desta população, podendo ser necessário uma reestruturação ambiental, tanto nos seus locais de residência como na comunidade (Fenacerci, 2013).

Desta forma, pode afirmar-se que o envelhecimento na deficiência é um desafio emergente, que necessita de ser planeado de forma a colmatar as necessidades de um futuro muito próximo e que se adivinha difícil (Díaz, Rodríguez, Gómez e Alonso, 2001). Por isso, torna-se pertinente implementar medidas preventivas que se foquem nas áreas da educação, da saúde e da inclusão (Fenacerci, 2013).

Para Díaz et al. (2001) a solução deve passar por medidas preventivas, tanto a nível familiar como comunitário, seguida de uma reformulação nos sistemas institucionais (e.g., residências), tendo sempre em mente a promoção da autonomia e da independência desta população. Carmeli e Iman (2014) acrescentam que as soluções devem incluir intervenções que incidam na estimulação cognitiva, nos domínios físicos, no mundo do trabalho, em atividades recreativas e na nutrição.

Atualmente, no entanto, ainda é necessário aprofundar conhecimentos sobre o processo de envelhecimento na DID, bem como prevenir, detetar, identificar novos tratamentos e gerir as condições de saúde desta população, de forma a reduzir o impacto no bem-estar do indivíduo (Pinheiro e Santos, 2017).

É ainda de reforçar que as soluções não se devem focar apenas na população, em si, uma vez que o processo de envelhecimento de indivíduos com DID afeta também as famílias e os cuidadores/sistemas de apoio (Fenacerci, 2013).

No que concerne aos cuidadores formais, a Fenacerci (2013) defende, uma vez que são estes os responsáveis por detetar e cuidar das necessidades da pessoa com DID, ser importante criar equipas multidisciplinares, para que, conjuntamente com os profissionais, a família e o próprio, se encontre uma resposta adequada, diferenciada e individualizada para cada sujeito. Simultaneamente, também se devem criar soluções para que o desgaste físico e psicológico destes profissionais seja minimizado (Fenacerci, 2013). Por outras palavras, torna-se pertinente apelar aos cuidadores formais e aos políticos, para que haja uma mudança dos modelos e padrões da saúde, de forma a contribuir para uma resposta adequada para o envelhecimento desta população (Fenacerci, 2013). Prevenindo, assim, a existência de disparidades significativas entre o envelhecimento na DID e o envelhecimento dito “normal” (Haveman et al., 2011).

Centrando-nos agora unicamente na intervenção psicomotora, estudos indicam que este tipo intervenção junto da população idosa (como intervenção preventiva) contribui positivamente para melhorar aspetos relacionados com a organização temporal e espacial e a atenção (Olalla, 2009; Rocha, Morais, Santos e Lebre, 2016). Tal, tem depois um impacto nas funções visuomotoras e visuo-espaciais, contribuindo assim para um maior sentimento de bem-estar físico e emocional, uma maior sensação de competência social e pessoal e um aumento da capacidade adaptativa do sujeito (Olalla, 2009; Rocha et al., 2016).

No que concerne ao tipo de intervenções, uma revisão da literatura conduzida por Weise (2018) verificou que intervenções de estimulação cognitiva parecem ter resultados positivos na melhoria da QV e em alguns aspetos cognitivos de indivíduos com DID. Este tipo de intervenção revela-se benéfica, sobretudo, na linguagem de idosos com demência, dado que origina novas ligações semânticas que poderão ser úteis na comunicação (Spector, Orrell e Woods, 2010).

Por sua vez, Law, Barnett, Yau e Gray (2014) referem que intervenções cognitivo-motoras parecem ser benéficas para indivíduos idosos com e sem comprometimento cognitivo, uma vez que foram verificadas melhorias na memória, nas funções executivas e na competência funcional.

Apesar dos estudos sobre estimulação cognitiva supramencionados não serem especificamente sobre a população idosa com DID, parece ser possível generalizar as conclusões, na medida em que existem estudos que indicam que indivíduos com DID tem uma grande probabilidade de desenvolver demência aos 40 anos (Tse, Kwan e Lau, 2018).

Contudo, independentemente do tipo de intervenção que a pessoa idosa com DID beneficie, a deteção precoce de situações de comprometimento cognitivo nesta população é importante, visto que, quanto mais cedo se começar a intervir, mais benefícios esta intervenção trará (Tse et al., 2018).

Concluída a descrição da DID, será agora apresentada a síndrome de Williams (SW), diagnóstico apresentado pelo estudo de caso.

1.2.2 Síndrome de Williams

Na década de 1960, dois estudos distintos, identificaram um conjunto de particularidades que podiam caracterizar uma síndrome até então desconhecida: em 1961, o médico cardiologista neozelandês John Williams descreveu quatro crianças que apresentavam traços faciais incomuns, défice cognitivo e estenose supravalvular aórtica (Williams,

Barratt-Boyes e Lowe, 1961); no mesmo período, o alemão Alois Beuren estudou também um conjunto de crianças que apresentavam essas mesmas características, adicionando, a malformação dentária, a existência de estenose pulmonar periférica e o temperamento amigável (Beuren, Apitz, e Harmjanz, 1962; Beuren, Schulze, Eberle, Harmjanz e Apitz, 1964). A este conjunto de características deu-se posteriormente o nome de Síndrome de Williams-Beuren, também comumente designada de Síndrome de Williams (SW).

A SW é uma doença congénita que afeta um em cada 10.000 ou 20.000 indivíduos, tendo igual prevalência de género e de etnia (Davis e Richardson, 2017; Osborne e Pober, 2001; Williamssyndrome association, s/d). Esta mutação genética (Online Mendelian Inheritance in Man [OMIM], 2018), geralmente de carácter esporádico, embora alguns casos seja de natureza autossómica dominante, é causada pela deleção homozigótica de material genético (eliminação de uma cópia dos genes) da região 7q11.23 - locus da elastina - do cromossoma 7 (que inclui cerca de 26 a 28 genes). Esta microdeleção ocorre em 99% dos casos e contribui para o fenótipo característico desta síndrome, que envolve os sistemas vascular, conjuntivo e nervoso central (Ewart et al., 1993; Davis e Richardson, 2017; Pober, 2010).

Segundo Ko (2015) e Chen (2006), a mutação no gene ELN (responsável pela codificação da elastina) é a principal causa para o aparecimento das doenças cardiovasculares e problemas conjuntivos dos indivíduos com SW (e.g., envelhecimento prematuro da pele, voz rouca, hérnias e problemas articulares). Por outro lado, as alterações nos genes LIMK1, CLIP2, GTF2I e GTF2IRD1 parecem conseguir explicar o comprometimento cognitivo, o défice visuo-espacial e as características específicas do comportamento desta população (Ewart et al., 1993; Frangiskakis et al, 1996; Hoogenraad, Akhmanova, Galjart e De Zeewen, 2004).

O diagnóstico desta síndrome ocorre, geralmente, em duas etapas: (1) diagnóstico clínico baseado nas características observáveis e (2) confirmação do mesmo através de exames médicos e testes genéticos, principalmente, com base no teste *fluorescent in-situ hybridization* (Ewart et al., 1993; Williamssyndrome association, s/d). Contudo, o diagnóstico precoce nem sempre é fácil, isto porque as crianças apresentam uma grande variabilidade de sintomas, as características fenotípicas desta síndrome nem sempre são evidentes após o nascimento, e em alguns casos não existem sintomas ou alterações cardíacas (Huang, Sadler, O'Riordan e Robin, 2002; Morris, Demsey, Leonard, Dilts e Blackburn, 1988; Rossi, Moretti-Ferreira e Giacheti, 2006).

A SW é, portanto, uma perturbação multissistêmica com um quadro clínico, comportamental e cognitivo específico (Van Herwegen, 2015), que será descrito nos subcapítulos subsequentes.

1.2.2.1 Características morfológicas, fisiológicas e anatômicas

No que concerne ao fenótipo físico, estes indivíduos possuem um rosto bastante característico, podendo apresentar algumas das seguintes particularidades: rosto em forma de “duende”, com testa longa e nariz pequeno e arrebitado; inchaço periorbital com uma pequena dobra da pele que se sobrepõe no canto interno do olho; boca grande, lábios grossos, malformações dentárias e hipoplasia da mandíbula; bochechas proeminentes; orelhas salientes e pontiagudas; e ombros inclinados (Beuren et al. 1964; Osborne e Pober, 2001; Pober, 2010; Preus, 1984; Semel e Rosner, 2003).

Sintomas como o baixo peso à nascença, dificuldade em ganhar peso, problemas cardiovasculares, renais e endócrinos (e.g. hipercalcêmica), cólicas e irritabilidade durante a infância, hérnias, hiperacusia, e problemas músculo-esqueléticos e neurológicos (e.g. hipotonia e hiperreflexologia) são, também, algumas das características que fazem parte do quadro clínico desta população (Pober, 2010; Pober e Filiano, 1995; Williamssyndrome, s/d; Semel e Rosner, 2003).

Do ponto de vista neurológico, Reiss et al. (2004) e Thompson et al. (2005) mencionam a existência de uma redução de 10% a 15% do volume cerebral, sendo esta redução mais acentuada na substância branca (em todos os lobos) quando comparada àquela observada na substância cinzenta. Por sua vez, observa-se também uma diminuição do volume e da densidade da massa cinzenta em várias regiões corticais e subcorticais e um aumento de espessura da mesma no giro fusiforme e em regiões de processamento emocional e facial (Jackowski et al. 2009, Reiss et al., 2004; Sampaio et al. 2008, Thompson et al., 2005). Ao nível encefálico, verifica-se uma redução das dimensões do tronco cerebral, do tálamo e da amígdala, e um aumento do cerebelo (sobretudo o neocerebelo) e de áreas do lobo temporal, bem como uma aglomeração anormal de células no córtex visual, alterações no corpo caloso e malformações de Chiari (Meyer-Lindenberg, Mervis e Berman, 2006; Reiss et al., 2004; Semel e Rosner, 2003; Vicari, 2006).

Apesar de algumas destas alterações poderem fornecer dados que expliquem o fenótipo destes indivíduos, não está provado se estas são alterações específicas do SW ou se são apenas alterações estruturais características do défice cognitivo (Jackowski et al. 2009; Semel e Rosner, 2003).

1.2.2.2 Perfil cognitivo

No domínio cognitivo, a literatura identifica comprometimento cognitivo global, entre leve e moderado, em mais de 75% dos indivíduos diagnosticados com SW (Pober, 2010; Davis e Richardson, 2017; Sampaio et al., 2009). No entanto, e apesar de algumas pessoas com SW apresentarem um QI dentro da média, a norma desta população situa-se no intervalo entre 40 e 100, com uma pontuação média de 55 (Pober, 2010; Sampaio et al., 2009). Ainda no que diz respeito ao QI desta população, este mantém-se estável durante a idade adulta, não se evidenciando, portanto, declínio cognitivo associado à idade (Martens, Wilson e Reutens, 2008; Sampaio et al., 2009). Contudo, é importante referir que, apesar do teste de QI ser útil para obter informações sobre as áreas fortes e a desenvolver de aprendizagem destas crianças, este é insuficiente para refletir sobre a variabilidade das habilidades cognitivas que esta população apresenta (Martens et al. 2008; Williamssyndrome association, s/d).

Segundo Martens et al. (2008), Meyer-Lindenber et al., 2006), e Semel e Rosner (2003), as pessoas com SW apresentam como ponto forte a área da linguagem, e em contrapartida apresentam as habilidades visuoespaciais como os pontos mais fracos.

No que concerne à linguagem, os sujeitos com SW apresentam um vocabulário bem desenvolvido, com uso de frases complexas e sintaticamente corretas, boa capacidade de discurso, e boa fonologia e sintaxe (Bellugi, Lichtenberger, Jones, Lai e George, 2000; Semel e Rosner, 2003). Ainda assim, são observáveis algumas dificuldades nesta área, nomeadamente, em manter o foco na conversa, na linguagem relacional e na pragmática (Mervis e Velleman, 2011; Semel e Rosner, 2003).

Relativamente às habilidades visuoespaciais, estes indivíduos apresentam dificuldades significativas no desenho, em atividades de construção de blocos e de reprodução de figuras (Farran e Jarrold, 2003).

No que respeita às competências académicas, Bellugi e colaboradores (2000) identificam a área da aritmética como uma das áreas mais fracas. Segundo estes autores, alguns indivíduos com SW são capazes de fazer contas simples de somar, mas poucos são aqueles capazes de realizar contas de divisão e subtração. Van Herwegen (2015) afirma ainda que estas crianças, apesar se serem capazes de contar sequencialmente, não compreendem o significado da contagem, nem as noções de cardinalidade. Ainda no âmbito académico, a leitura é uma área desafiante para alguns destes sujeitos, embora, existam indivíduos fluentes nesta habilidade (Bellugi et al., 2000). Já no que concerne à compreensão conceitual, esta situa-se ao nível das competências de indivíduos com seis

anos e a capacidade de raciocínio enquadra-se no estadio pré-operacional ou pré-escolar (Bellugi et al., 2000; Semel e Rosner, 2003).

Os indivíduos com SW apresentam ainda: dificuldades nas funções executivas, nomeadamente nos parâmetros da atenção e da memória (Camp e Karmiloff-Smith, 2015; Carney, Brown e Henry, 2013; Costanzo et al., 2013; Van Herwegen, 2015); dificuldades no funcionamento visuomotor; dificuldade em estabelecer relações causa-efeito; e dificuldades na inibição verbal (Carney et al., 2013). Em contrapartida revelam relativamente boas capacidades nas seguintes áreas: memória auditiva, reconhecimento e discriminação facial, e competências sociais e interpessoais (Pober, 2010).

Quer as dificuldades supramencionadas quer as áreas fortes serão seguidamente analisadas.

1.2.2.2.1 Funções Executivas

Baggetta e Alexander (2016) e Costanzo et al. (2013) definem as funções executivas como um conjunto de processos cognitivos, de ordem superior, que controlam e regulam funções e comportamentos essenciais para uma boa adaptação, tendo um papel essencial nas aprendizagens, nomeadamente académicas. Assim sendo, estas funções incluem processos como: planeamento, inibição, memória de trabalho, flexibilidade de atenção, coordenação de tarefas, automonitorização e generalização (Hocking et al., 2013; Mervis e John, 2010).

Atualmente, o interesse por este tema tem aumentado, uma vez que é uma área que tem influência sobre o perfil cognitivo dos sujeitos com SW (Ng-Cordell, Hanley, Kelly, Riby, 2017).

Hocking e colaboradores (2013) desenvolveram um estudo que visava determinar o efeito das “duplas tarefas” do controlo cognitivo e inibitório através de respostas “guiadas” visualmente, – i.e. passo a passo –, recorrendo a CSRT (*Choice stepping reaction time*-sistema que consiste num tapete constituído por 12 painéis sensíveis ao movimento), de modo a averiguar se as componentes do controlo executivo individuais se inter-relacionavam de modo ativo com os domínios cognitivos e motores na SW. Ao efetuarem o estudo inferiram que, ao realizarem duplas tarefas, os indivíduos com SW apresentam um maior atraso nas respostas e uma maior necessidade de atenção, indicando assim um défice mais acentuado quando comparado com os resultados obtidos em tarefas únicas. Os mesmos autores verificaram ainda que o tempo de resposta é maior durante a execução de uma atividade cognitiva simultânea (quando comparado com a combinação da

capacidade espacial e verbal), e que respostas em tarefas de inibição tendem a seguir um padrão mais lento e progressivo, cujo tempo de resposta é muito variável. Tais resultados, de acordo com Hocking e colaboradores (2013), podem indicar problemas nos circuitos *top-down*, envolvidos no controlo da atenção, sendo que tal significa que o controlo executivo na SW se pode alongar para as áreas visuomotoras, contribuindo assim para os sintomas de desatenção, relacionados com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Noutros estudos, onde se procurava comparar as funções executivas de indivíduos com trissomia 21 (T21) e sujeitos com SW, os investigadores identificaram que os segundos apresentavam maiores dificuldades no planeamento e no *shifting* (alteração do foco de atenção de um estímulo para outro, de forma a aumentar a eficiência do processamento desse estímulo), e défices mais acentuados na atenção auditiva sustentada, na atenção visual seletiva, na categorização visual, na memória de trabalho e na memória de curto prazo (Costanzo et al., 2013; Menghini, Addona, Costanzo e Vicari, 2010; Zhao et al., 2008).

Por sua vez, estudos comparativos entre a SW e a PHDA verificaram ademais que, em tarefas que envolvem as funções executivas, os indivíduos com SW erravam mais vezes, apresentavam menor capacidade de resolução de problemas e tempos de reflexão mais longos (Rhodes, Riby, Matthews e Coghill, 2011). Tais resultados indicam que, o perfil comportamental entre as duas populações em estudo é semelhante, nomeadamente, no que concerne aos comportamentos de desatenção, hiperatividade e oposição (Rhodes, et al., 2011). Sendo também observadas similaridades no perfil de funcionamento das funções executivas e nas dificuldades na memória a curto prazo, apesar das diferenças etiológicas e clínicas das duas perturbações (Rhodes, et al., 2011).

Relativamente à memória, um estudo realizado por O'Hearn, Courtney, Street e Landau (2008), que pretendia perceber se as dificuldades nas tarefas visuoespaciais se estendiam à memória de trabalho, constatou que: (i) o desempenho nas tarefas era prejudicado com atrasos nas respostas; (ii) a memória de rostos amigáveis era relativamente preservada, porém o mesmo já não se verificava com rostos neutros; e (iii) a memória para identificação de objetos era melhor do que a memória relativa à localização. Através destes dados, os autores supramencionados puderam concluir que a memória de trabalho se encontra prejudicada nesta população, além de que as irregularidades presentes no lobo parietal podem afetar não só a localização espacial como também a memória de trabalho para os estímulos visuais (O'Hearn et al., 2008). No

entanto, é de referir que estes dados não são consistentes em toda a literatura, devido às diferenças de métodos utilizadas em cada estudo (Menghini et al., 2010).

Autores como Vicari, Belluci e Carlesino (2003) afirmam ainda que os sistemas envolvidos no processamento da informação da memória visual e espacial são distintos entre si, reiterando que a memória espacial é inferior quando comparada com a memória visual. Sendo que tal poderá estar associado a problemas gerais de processamento das componentes visuo-espaciais, nomeadamente ao nível da maturação (Vicari, Belluci e Carlesino, 2003). Mervis e John (2010) complementam estes dados, indicando ainda que a memória espacial é inferior à verbal e que a inibição motora é inferior à verbal.

1.2.2.2 Linguagem

Como já mencionado, a linguagem é uma das áreas fortes dos indivíduos com SW. No entanto, tal não significa que seja uma área intacta nem que não seja influenciada por aspetos cognitivos inerentes a esta síndrome (Mervis e Becerra, 2007). Isto porque, quando comparada com a linguagem de indivíduos com um desenvolvimento “típico”, esta encontra-se aquém do esperado para a idade cronológica (Mervis e Becerra, 2007). Todavia, em comparação com outras síndromes, como T21 e Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), as pessoas com SW aparentam estar mais desenvolvidas neste domínio (Bellugi et al., 2000; Mervis e Becerra, 2007; Laing et al., 2002).

De acordo com Bellugi et al. (2000) e Laing et al. (2002), os sujeitos com SW são eloquentes e a sua linguagem é articulada. Porém, no início da aquisição desta competência, estes indivíduos, em termos desenvolvimentais, encontram-se equiparados às outras síndromes, i.e., apresentam também atraso no desenvolvimento da linguagem (Laing et al., 2000). As causas deste atraso são ainda desconhecidas (Laing et al., 2000), contudo estudos indicam que tal se pode dever a atrasos motores, nomeadamente aqueles relacionados com o início de produções rítmicas (Brock, 2007; Mervis e Becerra, 2007).

Ainda no que diz respeito ao desenvolvimento da linguagem, existem evidências de que o vocabulário, o controlo e sequenciamento oral estão diretamente relacionados com o aumento da idade (Mervis e Velleman, 2011), o que explica a razão pela qual a linguagem se encontra preservada em crianças mais velhas (Bellugi et al., 2000).

No âmbito lexical, os indivíduos com SW apresentam o vocabulário concreto (e.g., nomes de objetos e animais) como uma área relativamente forte, mas o vocabulário conceitual/ relacional (e.g., conceitos espaciais e temporais) como uma área fraca (Mervis e Becerra, 2007; Mervis e Velleman, 2011).

Em comparação com outras síndromes, na área gramatical, a população com SW usa frases mais complexas e tem maior facilidade em processar questões condicionais (Bellugi et al., 2000). Contudo, apresenta dificuldades significativas nas habilidades metalinguísticas (Bellugi et al., 2000). Os indivíduos com SW também usam palavras complexas, apesar de, na maioria das vezes, não as empregarem de forma adequada ao contexto (Bellugi et al., 2000).

No que concerne às habilidades comunicativas, estes indivíduos são hábeis na interação de um para um, mas revelam dificuldades na interação triádica (i.e., interação entre mais do que uma pessoa e um objeto externo), apesar das competências sociais (Laing et al., 2002). Estes sujeitos demonstram ainda dificuldades na pragmática e, em comparação com a capacidade concreta, o vocabulário e as habilidades comunicativas revelam-se mais fracas (Mervis e Becerra, 2007).

É ainda importante referir que na SW são identificadas dificuldades na compreensão e uso de proposições espaciais, além de serem evidentes dificuldades entre a representação espacial e a linguagem (Bellugi et al., 2000).

1.2.2.2.3 Domínio Visuoespacial

Ao contrário da linguagem, o domínio visuoespacial é um dos pontos mais prejudicados na SW (Farran e Jarrold, 2003). No entanto, é de referir que as dificuldades não são consistentes em todo o espectro (Farran e Jarrold, 2003).

Segundo Semel e Rosner (2003), o domínio visuoespacial pode ser dividido em duas áreas: habilidades de integração visual e espacial, responsáveis por tarefas visuomotoras e tarefas de construção visuoespacial (e.g., limpar, escrever, vestir); e cognição visuoespacial, envolvida em algumas tarefas visuoespaciais e no reconhecimento de faces.

Tendo o supramencionado em consideração, e ainda relativamente a este domínio, o reconhecimento de rostos é considerado como uma das áreas fortes dos indivíduos com SW, enquanto que a construção visuoespacial é um dos pontos mais fracos (Farran e Jarrold, 2003; Semel e Rosner, 2003).

A construção visuoespacial pode então ser definida como o procedimento responsável por fragmentar um estímulo visual em diferentes partes, bem como a operação inversa, i.e., agrupar diversos elementos espaciais por forma a construir um todo (Mervis, Robinson e Pani, 1999; Semel e Rosner, 2003). Esta engloba, assim, as capacidades para realizar e planear corretamente ações motoras visíveis, manipular representações

espaciais internas e manter as relações espaciais corretas entre as partes de uma imagem, a fim de a reproduzir (Farran e Jarrold, 2003). Esta habilidade está presente em atividades como o desenho, a construções de blocos, cópias, montagem de puzzles, em apertar camisas com botões, entre outros (Mervis, Robinson e Pani, 1999; Semel e Rosner, 2003).

Apesar de se identificar o domínio visuoespacial como um dos domínios mais fracos, como já referido anteriormente, não existe ainda consenso na literatura sobre qual o tipo de processamento que está por detrás dessa dificuldade (Martens et al., 2008).

Segundo uma revisão sistemática conduzida por Martens e colaboradores (2008), inicialmente supunha-se que os défices visuoespaciais estavam relacionados com o processamento dos aspetos globais dos estímulos visuoespaciais. Contudo, outros estudos vieram pôr em causa esta ideia, uma vez que, apesar de indivíduos com SW demonstrarem dificuldades em completar tarefas de construção visuoespacial, estes são capazes de perceber quer informações globais quer informações locais (Farran e Jarrold, 2003). O estilo de processamento adotado parece ser ainda menos consistente em crianças, quando comparado àquele apresentado em adultos com SW (Semel e Rosner, 2003).

Assim sendo, para Farran e Jarrold (2003), as incongruências observáveis no domínio visuoespacial podem ser resultado de solicitações preceptivas ou construtivas, associadas a tarefas específicas. Esta afirmação vai ao encontro do estudo de Lanfranchi, De Mori, Mammarella, Carreti e Vianello (2015) que ao procurar comparar o desempenho da memória de trabalho visuoespacial entre indivíduos com SW e indivíduos com desenvolvimento típico, em tarefas apresentadas de diferentes maneiras (i.e. de maneira sequencial ou simultânea) tendo em conta o nível de controlo atencional (i.e., tarefas passivas ou ativas), concluíram que: indivíduos com SW tinham um desempenho semelhante em tarefas sequenciais passivas, indicando portanto que processam estímulos sequenciais e simultâneos de maneiras distintas, e que em contrapartida tem pior desempenho em tarefas que exigem maior controlo da atenção.

Estes dados reforçam ainda a ideia de que os déficits visuoespaciais na memória a curto prazo, podem ter um papel secundário no que se refere a dificuldades gerais no processamento visuoespacial da população com SW (Jarrold, Baddeley e Phillips, 2007).

Do ponto de vista estrutural, Broadbent et al. (2014) afirmam que alterações no gene *Limk1* podem ser uma das principais causas para os défices visuoespaciais, nomeadamente, dificuldades na representação de imagens mentais, dificuldades no uso de quadros espaciais de referência e dificuldades na navegação espacial. Já para

Jackowski et al. (2009), a explicação para este défice pode estar numa conectividade atípica entre as regiões parietais e frontais, enquanto que para Vicari (2006) as dificuldades podem dever-se a um atraso na maturação no sistema visual dorsal.

Outra das incongruências verificadas neste domínio é o facto destes indivíduos demonstrarem muitas dificuldades visuoespaciais, mas, simultaneamente, exibirem facilidade no reconhecimento de rostos (Semel e Rosner, 2003). Tal, segundo Farran e Jarrold (2003) permite inferir que o processamento de rostos pode ser independente do processamento visuoespacial. Porém Karmiloff-Smith e colaboradores (2004) não corroboram com essa ideia dado que, sugerem que ambos os processos estão afetados, mas que as dificuldades visuoespaciais ocultam as dificuldades no processamento dos rostos.

Duruelle e colaboradores (1999) sugerem ainda que, ao contrário de indivíduos com a mesma idade cronológica ou com a mesma idade mental que tendencialmente usam uma via de processamento configuracional do rosto e um processamento de formas geométricas, indivíduos com SW não apresentam uma trajetória definida. Estas informações indicam que os sujeitos com SW possuem um processamento atípico e não um atraso no processamento, como anteriormente se conjecturava (Duruelle et al., 1999; Karmiloff-Smith et al., 2004; Mills et al., 2000).

Karmiloff-Smith et al. (2004) reforçam essa ideia referindo que na SW existe um equilíbrio diferente de processos cognitivos de controlo, distintos daquele apresentado por indivíduos com desenvolvimento típico. Por norma, as pessoas com SW não possuem uma estratégia bem definida, i.e., ao contrário do esperado, não baseiam o seu julgamento em dicas de configuração (Duruelle et al., 1999). Em sentido oposto, Isaac e Lincoln (2011) defendem que a estratégia usada por esta população é configuracional e que o processamento é semelhante ao de indivíduos com desenvolvimento típico. Sendo que tais diferenças podem dever-se ao facto de os estímulos terem sido apresentados de maneiras distintas nos estudos (Mills et al., 2000).

Contudo, e independentemente de não existir consenso sobre o estilo de processamento preferencial de pessoas com SW, é indiscutível que adultos com SW são bons a discriminar rostos desconhecidos e que esta capacidade pode estar, de maneira geral, ligada ao funcionamento cognitivo (Duruelle et al., 1999; Isaac e Lincoln, 2011). É também importante referir que estes indivíduos prestam mais atenção aos rostos, comparativamente a sujeitos com desenvolvimento típico, e que o estilo de processamento depende da experiência (Isaac e Lincoln, 2011). Sendo que tais fatores podem contribuir

para que o reconhecimento dos rostos seja uma área especialmente forte junto dos indivíduos com SW (Haas e Reiss, 2012; Isaac e Lincoln, 2011; Mills et al., 2000).

Será de seguida explorado a SW a nível social e comportamental.

1.2.2.3 Perfil Social e comportamental

O fenótipo comportamental da SW é um dos aspetos que mais contribui para o seu diagnóstico, uma vez que os indivíduos com SW apresentam padrões sociais característicos, distintos de outras síndromes (Haas e Reiss, 2012; Morris, 2010).

Estes sujeitos são descritos como “hípersociais”, muito amigáveis, empáticos e eloquentes, no entanto, apresentam também dificuldades em manter relações sociais (Morris, 2010; Ng-cordel et al., 2017). Tal contribui para um isolamento social e influencia negativamente o bem-estar e o funcionamento adaptativo destes sujeitos (Fisher e Morin, 2017; Ng-Cordel et al. 2017).

Comparativamente a crianças com desenvolvimento típico, os pais de indivíduos com SW indicam que estes: são mais intensos na sua abordagem social; demonstram excesso de familiaridade; são melhores na socialização do que em tarefas de vida diária ou em tarefas motoras; revelam dificuldades em processar informações sociocognitivas complexas; têm menos brincadeiras funcionais, espontâneas e imaginárias; e têm mais défices relacionados com os aspetos cognitivos, i.e., apresentam maiores dificuldades na comunicação e na regulação do espaço pessoal (Fisher e Morin, 2017; Haas e Reiss, 2012; Morris, 2010). Porém, é de mencionar que estes sujeitos têm menos dificuldades em aspetos pró-sociais do funcionamento social, como, por exemplo, na motivação e na consciência social (Fisher e Morin, 2017).

Em termos emocionais, revelam dificuldades em identificar rostos irritados, são menos capazes de detetar sinais de medo, não interpretam emoções negativas transmitidas por vozes e/ou expressões faciais e revelam dificuldades em inibir respostas (Haas e Reiss, 2012; Morris, 2010). No entanto, prestam demasiada atenção a sinais positivos, nomeadamente a rostos felizes (Haas e Reiss, 2012).

Todas estas dificuldades, juntamente com o facto de serem indivíduos hiperverbais, conduzem a que conversem demasiado, façam afirmações inapropriadas, tentem envolver-se em conversas de outros e usem frases estereotipadas, sendo que tal, pode contribuir para uma maior rejeição por parte dos seus pares (Fisher e Morin, 2017). Estes fatores podem servir de explicação para o paradoxo existente entre a sociabilidade excessiva e a dificuldade na reciprocidade social (Fisher e Morin, 2017).

Segundo a literatura, além das dificuldades já mencionadas, indivíduos com SW revelam ser demasiado ansiosos e, por essa razão, tornam-se menos competentes nos domínios sociocognitivos (Ng-Cordel et al., 2017).

De acordo com Morris (2010) e Reiss et al. (2004), do ponto de vista neuroanatômico, este fenótipo comportamental pode ser explicado por alterações na amígdala (em que uma má regulação pode contribuir para a desinibição e julgamento social, bem como para as questões de reatividade emocional) e pelo aumento do volume e densidade da substância cinzenta, nos córtex pré-frontal orbital e medial. Todavia, existem outros estudos que sugerem que o perfil social e a ansiedade podem resultar da ausência de uma cópia de genes como GTFIRD1 e GTF21, porém estas ausências são insuficientes para explicar todo o perfil social de indivíduos com SW (Karmiloff-Smith et al. 2012).

Ainda em termos cerebrais, foi identificado nestes indivíduos uma assimetria no lado esquerdo aquando da evocação de respostas auditivas, bem como um maior volume do córtex auditivo primário e um aumento da ativação da amígdala e do cerebelo (Dunning, Martens e Jungers, 2015; Levitin et al., 2003).

Outros dos aspetos mencionados com alguma frequência na literatura, é o interesse que as pessoas com SW têm por música (Martens, Wilson e Reutens, 2008). Segundo Levitin et al. (2003), estes indivíduos passam mais tempo a ouvir música e outros sons que lhes despertam interesse, do que indivíduos da mesma idade cronológica. São também mais criativos e, dado o seu comprometimento cognitivo, alguns revelam competências excecionais para tocar instrumentos musicais, além de que apresentam facilidade em aprender músicas novas e mostram respostas emocionais elevadas (Thakur, Martens, Smith e Roth, 2018).

Em suma, apesar de mostrarem competências em habilidades musicais formais, os pontos fortes dos sujeitos com SW neste domínio são nas áreas da expressividade e musicalidade (Thakur et al. 2018).

A SW apresenta ainda diversas dificuldades no desenvolvimento motor, que será caracterizado de seguida.

1.2.2.4 Características Psicomotoras

Apesar de pouco discutido na literatura, indivíduos com SW apresentam atrasos no desenvolvimento psicomotor, sobretudo nos primeiros quatro anos da infância (Carrasco, Castillo, Aravena, Rothhammer e Aboitiz, 2005; Tsai, Wu, Liou e Shu, 2008).

Além do perfil hipotónico, observado especialmente em idades baixas, estes indivíduos revelam dificuldades na coordenação e planeamento motor que persistem até à idade adulta (Semel e Rosner, 2003). Tal, acaba por afetar negativamente quatro áreas distintas: motricidade fina, motricidade global, orientação espacial e competência visuoespacial (Berencsi, Gombos e Kovács, 2016; Semel e Rosner, 2003).

No que concerne aos marcos do desenvolvimento, crianças com SW apresentam um atraso no sentar e no andar, quando comparados com crianças com um desenvolvimento típico (Hocking, Rinehart, McGinley, Moss e Bradshaw, 2011; Semel e Rosner, 2003). Revelam ainda dificuldades nas habilidades fundamentais (nomeadamente, em ajustar a postura e alternar o peso em ações), como: caminhar, descer escadas, saltar, andar em superfícies irregulares ou correr (Berencsi et al., 2016; Elliott, Welsh, Lyons, Hansen e Wu., 2006; Hocking et al., 2011; Semel e Rosner, 2013).

Em alguns casos, verificam-se alterações oculomotoras e dismetrias, bem como dificuldades no equilíbrio e no controlo visuomotor, e menor velocidade e destreza dos membros (Hocking et al., 2011, 2013; Tsai et al., 2008). Tarefas que exijam lançar e pegar uma bola também são difíceis para esta população (Semel e Rosner, 2013).

No que se refere à orientação espacial, as pessoas com SW manifestam dificuldades em utilizar informações preceptivas e cinestésicas para se regular no espaço, bem como dificuldades em perceber distâncias (Semel e Rosner, 2013). Dificuldades na lateralidade, nomeadamente em diferenciar os conceitos esquerda/direita e em definir a preferência manual, também são identificadas nesta população (Semel e Rosner, 2013). Este fator psicomotor, segundo Neto et al. (2013) tem um papel preponderante na capacidade de aprendizagem.

Relativamente a aspetos motores finos, Semel e Rosner (2013) afirmam que estes sujeitos revelam dificuldades em tarefas da vida diária, nomeadamente, em tarefas de autocuidado, tarefas que exigem o uso de ferramentas/equipamentos de desporto e tarefas que exigem escrever.

1.2.2.5 Envelhecimento na SW

O envelhecimento é um processo gradual do desenvolvimento humano que provoca um declínio geral nas capacidades do indivíduo (World Health Organization [WHO], 2015), contudo nos indivíduos com SW este processo tende a acontecer mais cedo quando comparado com indivíduos de desenvolvimento típico (Sauna-Aho, Bjelogrić-Laakso, Sirén, Kangasmäki e Arvio, 2019).

Num estudo multissistémico conduzido por Cherniske e colaboradores (2004) que pretendia avaliar adultos com SW com idade superior aos 30 anos, concluiu que esta população com o avançar da idade tem uma maior tendência para: desenvolver problemas visuais e auditivos, sobretudo problemas de baixa acuidade visual e uma perda auditiva neurossensorial, problemas de excesso de peso/ obesidade (que contrasta com os padrões de crescimento destes durante a infância e adolescência), problemas gastrointestinais, problemas cardíacos, hipertensão e diabetes (Cherniske et al, 2004). Encontram-se ainda associados problemas ao nível do sistema nervoso central, como por exemplo clónus, híper-reflexia, problemas de equilíbrio e tremor intencional; problemas posturais, diminuição de densidade óssea e aumento de contraturas, com diminuição da amplitude articular que afeta essencialmente o tendão isquiotibial e as pequenas articulações da mão(Cherniske et al, 2004). Verifica-se ainda maior probabilidade de sofrer de problemas psiquiátricos, sobretudo ansiedade e maior comprometimento das habilidades do comportamento adaptativo, sobretudo na área da comunicação (Cherniske et al, 2004).

Outros estudos referem que estes indivíduos apresentam: declínio mental (com maior evidência a partir dos 40 anos), sobretudo nas funções intelectuais “cristalizadas”, ou seja, nas competências já apreendidas, na comunicação, no raciocínio dedutivo e no conhecimento geral (Sauna-aho et al., 2019); maiores dificuldades em tarefas de recordação livre e um declínio mais grave (quando comparado com desenvolvimento típico) da memória episódica a longo prazo (Devenny, Krinsky-McHale, Kittler, Flory, Jenkins e Brown, 2004); verifica-se também um aumento do tônus, da rigidez muscular, do tom de voz e dos sinais extrapiramidais leves (Gagliardi, Martinelli, Burt e Borgatti, 2007); e um aumento da instabilidade na execução de tarefas motoras como subir e descer escadas (Pober, 2010).

Do ponto de vista geral, a diminuição das competências referidas anteriormente são comuns ao processo de envelhecimento dito “normal” mas, no caso da SW o envelhecimento é mais acelerado e tem início mais precocemente (Cherniske et al, 2004; Devenny et al, 2004; Sauna-aho et al., 2019). Por essa razão, e pelas comorbilidades apresentadas na SW a esperança média de vida desta população é inferior, sendo que as principais causas de morte estão relacionadas com doença cardiovascular associada a diabetes tipo 2 e cancro (Cherniske et al, 2004).

Tendo em conta todas estas dificuldades referidas anteriormente, junto da população acompanhada no C.E.C.D, surge como resposta a intervenção psicomotora.

I.3 Intervenção Psicomotora

A psicomotricidade, como área do conhecimento, pode ser definida como um campo transdisciplinar que procura estudar as relações que se estabelecem entre os domínios cognitivo, emocional e motor, através de um ponto de vista holístico do ser humano (Fonseca, 2010). Por outras palavras, a psicomotricidade analisa as relações mútuas e sistémicas entre psiquismo e motricidade, e sua influência no desenvolvimento do indivíduo, num determinado contexto psicossocial (Aragón, 2012; European Forum of Psychomotricity [EFP], s/d; Fonseca, 2008; Martins, 2015; Secretaria Regional de Educação [SRE]/Direção Regional Educação, 2013).

Tendo por base os pressupostos teóricos supramencionados, a psicomotricidade desenvolve-se também como uma prática interventiva: a intervenção psicomotora (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], s.d.; EFP, s/d.). Segundo Adelantado (2004), a psicomotricidade centra esta sua intervenção na “ação corporal”, uma vez que é a através dela que somos capazes de realizar atividades, manipular objetos, expressar sentimentos e emoções, adquirir conhecimentos sobre o mundo que nos rodeia e demonstrar atitudes e opiniões que nos permitem relacionar com os outros. Assim, sendo o corpo a principal ferramenta da psicomotricidade, esta área deve procurar avaliar e observar as características do movimento, das atitudes, da postura e da mímica, de forma a proporcionar um conjunto de vivências corporais que podem auxiliar o indivíduo a ter uma maior capacidade adaptativa (Maximiano, 2004; Velasco e Bernini, 2011).

De acordo com a APP (2017) e o EFP (s.d.), dependendo da situação em causa, a intervenção psicomotora pode ser exercida em três âmbitos: preventivo, (re)educativo e terapêutico.

Tendo em conta os objetivos do presente relatório e o contexto no qual decorreu o estágio, será apenas focada a componente terapêutica da psicomotricidade, i.e., a Terapia Psicomotora.

A Terapia Psicomotora caracteriza-se, assim, como uma prática de mediação corporal que, centrando-se na globalidade da pessoa, atua ao nível dos domínios motor, cognitivo e afetivo (Fonseca, 2001, 2006; Martins, 2001; Maximiano, 2004).

Esta prática terapêutica destina-se a todos os indivíduos, independentemente das limitações, podendo ocorrer tanto em contexto individual como grupal (Adelantado, 2006). Comparando estas duas tipologias, as sessões individuais permitem que o trabalho seja mais aprofundado, na medida em que o conhecimento do terapeuta sobre o indivíduo é

maior, existe um maior respeito pelos ritmos de aprendizagem, uma maior disponibilidade por parte do psicomotricista e o tempo de atenção/concentração do sujeito também é maior (Aragón, 2012; Bueno, 2016). Por sua vez, as sessões de grupo promovem a comunicação e a espontaneidade, uma vez que o sujeito, como não se sente tão observado, é mais natural nas suas ações (Aragón, 2012).

Os métodos de intervenção utilizados na terapia psicomotora dependem de um vasto conjunto de fatores (como, por exemplo, a idade, a maturidade, os gostos e limitações do cliente, e o tipo e contexto de sessão), e são muito variadas, nomeadamente: a AMA, o jogo/atividades lúdicas, atividades expressivas, relaxação, entre outras (Aragón, 2012; EFP, 2012).

No caso concreto do jogo, este torna-se uma ferramenta imprescindível na terapia psicomotora visto que potencia o desenvolvimento do indivíduo em todas as suas vertentes, nomeadamente, nas vertentes motoras, cognitivas, sociais e afetivas (Aragón, 2012). Para Landazabal e Azumendi (2006) o jogo influencia o crescimento do cérebro, promove o desenvolvimento do corpo e dos sentidos, e expõe os sujeitos a novas experiências. Isto porque, o jogo tem a capacidade de suscitar interesses (afetivos, sensoriais, e é um meio onde é possível mostrar capacidades e desejos), sendo, por norma uma ação voluntária onde os sujeitos se manifestam de maneira espontânea; que implica uma participação ativa do sujeito, em que este se rege pelas suas próprias vontades, permitindo que este afirme a sua própria personalidade, e obrigando-o a concentrar-se e a ultrapassar obstáculos (Landazabal e Azumendi, 2006).

No caso de o jogo ser realizado em contexto grupal, o jogo cooperativo permite que todos os elementos do grupo trabalhem para um fim comum, assim, desenvolvem-se competências como: a cooperação/ trabalho em equipa, a comunicação, o sentimento de união, a confiança e autoestima, o desenvolvimento moral e as condutas pro-sociais (Aragón, 2012; Landazabal e Azumendi, 2006).

Independentemente das abordagens por qual se opta, é importante compreender que o movimento e o jogo são importantes na aprendizagem, e todas as restantes componentes (i.e., movimento, ação, brincadeiras e mediação corporal) permitirão determinar o desenvolvimento maturacional do indivíduo (Pinto, 2016). Assim sendo, podem ser identificados um conjunto de objetivos a ser trabalhados na psicomotricidade, tais como: melhorar a expressão dos sentimentos e emoções, promover a autorregulação do comportamento, compreender e tomar consciência do corpo, potenciar as competências sociais e o desenvolvimento dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio estático e

dinâmico, noção do corpo, lateralidade, estruturação espaciotemporal, praxia global e fina), e, de um modo geral, maximizar o potencial individual (Costa, 2008; Fonseca, 2006; Martins, 2001; Maximiano, 2004; SER, 2013). Estes processos permitirão ao cliente a obtenção da unidade psicossomática (união entre corpo e mente), essencial para a aquisição de uma completa autonomia, bem como a melhoria do seu potencial adaptativo e, de uma forma global, o desenvolvimento da sua personalidade, construção da identidade e realização como pessoa (Fonseca, 2006, 2008, 2010; Martins, 2001; Maximiano, 2004).

No entanto, a concretização dos objetivos supramencionados só é possível através da relação empática estabelecida entre o cliente e o psicomotricista, uma vez que essa relação contribui como facilitador de mudança (Fonseca, 2001; Probst, Knapen, Poot e Vancampfort, 2010).

O psicomotricista deve criar um envolvimento no qual o cliente sente prazer, segurança e reconhecimento (Costa, 2008; Fonseca, 2006; Martins, 2001, 2015; Maximiano, 2004; Probst et al., 2010), sendo que, para tal, deverá também aprimorar um conjunto de competências que auxiliem no processo da relação terapêutica, nomeadamente: desenvolver a capacidade de observação e escuta, tomar consciência da própria expressividade, ser capaz de usar diferentes estratégias, saber comunicar com os outros profissionais e com os pais, mostrar disponibilidade, e ser capaz de criar e de se ajustar aos diferentes cenários (Rodriguez e Llinares, 2001; Llauredó, 2005; Olalla e Llauredó, 2006).

Cabe, também, ao psicomotricista avaliar o sujeito através de instrumentos qualitativos e quantitativos de forma a identificar os seus pontos fortes e a desenvolver, bem como, tendo por base esses dados, formular e desenhar um plano de intervenção adequado, no qual é definindo o tempo, a frequência, os métodos e os objetivos (Aragón, 2012, EFP, 2012). Segundo Aragón (2012), a avaliação psicomotora anteriormente referida deve ser realizada em três períodos distintos: a avaliação inicial, para auxiliar na elaboração do processo terapêutico; a avaliação intermédia, por forma a perceber se os objetivos estão adequados; e a avaliação final para se observar se os objetivos foram ou não concretizados. É importante referir que a avaliação, e todo o processo terapêutico, deve ser realizado num ambiente específico, devendo ser consideradas todas as variáveis que influenciam a prestação do sujeito (EFP, 2012).

Por fim, o plano e a intervenção terapêutica devem ser discutidos com os colegas de trabalho (uma vez que o psicomotricista, normalmente, trabalha em equipa multidisciplinar), com o próprio sujeito e com a família deste (Selmi, 2011).

Tal como supramencionado, as técnicas usadas na intervenção psicomotora dependem das características dos participantes, por isso, e apesar da pouca literatura existente (Ojeda, 2005), no capítulo subsequente será focada a intervenção psicomotora na DID.

I.3.1 Terapia psicomotora na DID

Segundo Valente, Santos e Morato (2012), a intervenção psicomotora pode servir como recurso para capacitar, prevenir e incrementar a capacidade de adaptação da pessoa com DID. Esta área potencia a funcionalidade do indivíduo em atividades de vida diária, tendo em conta as necessidades de apoio que este necessita (Valente, Santos e Morato, 2012). Para Vidigal (2005), este tipo de intervenção é benéfico, pois consegue dar uma resposta a situações em que a capacidade adaptativa está comprometida e onde se percebe que há uma necessidade de compreender o funcionamento do indivíduo, nos diferentes domínios comportamentais (Valente, Santos e Morato, 2012).

Outro dos benefícios, apontado por Leitão, Lombo e Ferreira (2008), deste tipo de intervenção para as pessoas com DID, consiste na melhoria da relação que o indivíduo estabelece com o contexto em que está inserido, o que, consequentemente, potencia também o processo de maturação. Simultaneamente, a terapia psicomotora contribui para a criação de um ambiente em que o sujeito pode desenvolver capacidades físicas, mentais e sociais, que resultam na vontade deste atuar sobre os incentivos que lhes são proporcionados, tal, por sua vez, faz com que se sinta parte da sociedade, contribuindo então para um aumento da QV (Valente, Santos e Morato, 2007).

A intervenção psicomotora pode ser uma mais-valia para melhorar/facilitar diariamente o funcionamento independente de uma pessoa com dificuldades, e no caso específico de indivíduos com DID, esta deverá passar pela promoção das competências funcionais, adaptativas e académicas (Valente, Santos e Morato, 2012). Estes autores referem também que a psicomotricidade (e tendo acesso aos apoios necessários para realizar as atividades diárias), pode ser útil para promover a funcionalidade e integração destes indivíduos, uma vez que nas sessões são propostos objetivos que visam a adaptação perante as dificuldades experienciadas.

Assim sendo, e apesar de nem todas as síndromes genéticas terem uma DID associada (APA, 2013), sabe-se que 75% dos indivíduos com SW apresentam comprometimento cognitivo, bem como outras limitações. Desta forma, tendo em conta os benefícios da intervenção psicomotora para as diferentes populações (sobretudo na DID)

parece ser possível generalizar conclusões sobre o benefício desta junto de indivíduos com SW.

É ainda preciso referir que os psicomotricistas devem ter em conta as verdadeiras capacidades do indivíduo, devendo atribuir-lhe os apoios adequados para que este consiga atingir a sua independência (Valente, Santos e Morato, 2012). No entanto, a terapia psicomotora para esta população deve passar, primeiro que tudo, pela participação do próprio indivíduo na elaboração do plano de intervenção (Simões e Santos, 2013). Além disso, devem ser tidos em conta outros fatores, como o que é esperado pelo sujeito (Simões e Santos, 2013). Por isso, é necessário que os profissionais que contactam com estas populações percebam e apliquem os conhecimentos que se obtêm dos modelos conceptuais existentes, nomeadamente, daqueles que dizem respeito ao funcionamento humano da pessoa com dificuldades, dos apoios individualizados e da QV (Buntinx e Schalock, 2010).

No caso específico de adultos com DID, tendo em conta o supracitado, é imprescindível ter sempre em mente que, apesar das limitações cognitivas, estes indivíduos são adultos, por isso, as estratégias e atividades devem adaptar-se ao nível maturacional, aos gostos, às preferências e motivações do sujeito, sendo desejável evitar a infantilização pois, tal poderá contribuir para uma maior discrepância entre os sujeitos com e sem dificuldade (Ojeda, 2005).

Schalock, Bonham e Verdugo (2008) afirmam que os sistemas/organizações que intervêm junto das pessoas com DID estão a redefinir os seus papéis, o que leva a que as práticas atuais tenham como objetivo promover a aceitação, integração e inclusão destas pessoas na comunidade onde estão inseridas. Desta forma, os profissionais que contactam junto a estas populações acabam por ter um papel importante nessa mudança, pois cabe a estes desenvolverem planos centrados na pessoa e trabalhar questões como a capacitação e a autodeterminação (Schalock et al. 2002). Assim sendo, a psicomotricidade pode ser importante uma vez que, se os planos de intervenção estiverem de acordo com as capacidades dos indivíduos e se tiverem os apoios necessários que ajudem na independência destes, as pessoas conseguem ser funcionais, diminuindo a exclusão social desta população (Valente, Santos e Morato, 2007).

Como mencionado anteriormente a intervenção psicomotora pode ocorrer em diferentes vertentes, deste modo no capítulo que se segue serão descritos os contextos de intervenção onde ocorre a terapia psicomotora no CAO do C.E.C.D Mira Sintra.

I.4 Contextos de Intervenção

No CAO do C.E.C.D Mira Sintra, as TSEER atuam nos contextos de equitação com fins terapêuticos, intervenção em meio aquático e AMA.

I.4.1 Equitação com fins terapêuticos

O interesse por intervenções terapêuticas por intermédio de animais tem crescido nos últimos anos, e a terapia com cavalos não é exceção (Anderson, Friend, Evans, Bushong, 1999; Kendall, Maujean, Pepping, Downes, Lakhani, Bryne e Macfarlane, 2015).

A equitação com fins terapêuticos pode subdividir-se em três valências distintas: a hipoterapia, cujo principal objetivo é a reabilitação neuromotora através do movimento do cavalo; a equitação terapêutica, em que o principal objetivo é desenvolver competências psicomotoras e aprender a montar o cavalo; e a equitação adaptada, direcionada, unicamente, para a vertente desportiva e de lazer (opaddock, s/d b).

A hipoterapia baseia a sua intervenção na manipulação intencional do cavalo para alcançar os objetivos funcionais propostos no plano integrado do cliente (American Hippotherapy Association, 2017). A mesma tem por base os conhecimentos de profissionais, como TO e fisioterapeutas, que usam o raciocínio clínico para, através do movimento dinâmico e rítmico do cavalo, potenciar os sistemas sensoriais, neuromotores e cognitivos do cliente (All, Loving e Crane, 1999; American Hippotherapy Association, 2017). O objetivo da hipoterapia não passa por aprender a montar, mas sim por potenciar o bem-estar do indivíduo (All, Loving e Crane., 1999).

No caso da equitação terapêutica, esta destina-se a colmatar as necessidades na área educacional, psicológica e cognitiva identificadas por exemplo na DID, nas PEA, na PHDA, entre outras, por intermédio de atividades pedagógicas, exercício equestres (e.g. andar de cavalo) e maneio do cavalo (Kendall et al. 2015; Martinho, Cruz-Santos e Santos, 2014;). É nesta área que o campo de atuação de psicomotricista se torna relevante (Jesus, s/d; Martinho, Cruz-Santos e Santos, 2014).

Para que uma intervenção por intermédio de equinos seja benéfica, a escolha dos cavalos deve responder a um conjunto específico de critérios, nomeadamente: qualidade do movimento e da marcha, saúde, nível de treino e temperamento (Anderson, et al., 1999; American Hippotherapy Association, 2017). Todavia a variável “temperamento” é difícil de medir, no entanto, tendo por base a história de obediência do cavalo, deve optar-se por um cujo temperamento seja calmo, tolerante, consistente e pouco reativo a novos estímulos (Anderson et al, 1999).

O cavalo, através do seu tipo de deslocamento (passo, trote e galope) transmite informações sensoriais e motoras ao cavaleiro, o que obriga a um maior controlo postural (Marinho, Cruz-Santos e Santos, 2014; Schwesig et al. 2009; Uchiyama, Ohtani e Ohta, 2011). Além disso, estudos indicam que os movimentos tridimensionais das costas do cavalo se assemelham à marcha humana, e por essa razão, permite aos indivíduos com dificuldades a esse nível, experienciarem ou melhorarem essa competência (Pauw, 2000; Uchiyama, Ohtani e Ohta, 2011). Os movimentos do cavalo permitem ainda que o praticante seja sujeito a forças no plano vertical, horizontal-eixo transversal e horizontal-eixo longitudinal, o que obriga a contração e descontração dos músculos agonistas e antagonistas, o que promove a regulação tónica, a postura e o equilíbrio (Martinho, Cruz-Santos e Santos, 2014).

Além das melhorias no controlo postural, na marcha, no equilíbrio e na função tónica, a equitação terapêutica permite melhorar a coordenação motora, o esquema e a imagem corporal, a flexibilidade, o alongamento, a força e o controlo muscular e aumenta a amplitude articular (All, Loving Crane, 1999; Jesus, s/d; Pauw, 2000). Auxilia no controlo respiratório e circulatório, na integração dos sentidos, na fala, na cognição e na ingestão, ou seja, tem uma influência positiva em quase todas as atividades da vida diária (Jesus, s/d).

Apesar de todos estes benefícios, estes também se estendem ao domínio psicológico, uma vez que permite melhorar a confiança e a autoestima, promove um sentimento de bem-estar, auxilia na perceção do mundo exterior, auxilia nas relações interpessoais, promove a atenção/ concentração, e desenvolve a motivação (Jesus, s/d; Zadnikar e Kastrin, 2011).

O proveito deste tipo de intervenção, além do cavalo depende de uma combinação de muitos outros fatores nomeadamente: do tipo de deficiência, do grau de severidade, da motivação, da forma de terapia, da relação estabelecida entre o cavalo-cavaleiro, da manipulação especializada do cavalo e da formação e experiência do terapeuta (All, Loving e Crane, 1999; American Hippotherapy Association, 2017). Aspetos relativos ao picadeiro também devem ser tidos em conta, nomeadamente: deve ser de fácil acesso, deve transmitir um sentimento de confiança e calma, devendo ser privilegiados os estímulos provenientes da natureza, sendo que o solo deve permitir que os movimentos dos equinos sejam harmoniosos e continuados (Uzun, 2005 cit in. Faria e Santos, 2007).

O terapeuta deve estar consciente do estado de saúde, das contraindicações e das limitações do cliente, de forma a ser capaz de desenvolver um plano adequado ao sujeito

(Zadnikar e Kastrin, 2011). Este plano deve ser baseado numa avaliação terapêutica e nos objetivos funcionais do cliente e, deve incluir, procedimentos e precauções (American Hippotherapy Association, 2017; Zadnikar e Kastrin, 2011). Para Zadnikar e Kastrin (2011) é o próprio instrutor/terapeuta que controla todas as variáveis das intervenções (e.g. se o cavalo usa sela, se este anda ou fica parado), enquanto, o cavaleiro segue as instruções solicitadas (e.g. toca nas diferentes partes do corpo). O terapeuta é ainda responsável por monitorizar a resposta adaptativa do cliente ao mesmo tempo que vai modificando o movimento do cavalo para provocar pequenos desafios ao cavaleiro (American Hippotherapy Association, 2017).

Apesar da equitação terapêutica ter muitas vantagens, para Anderson et al. (1999) esta não é indicada para qualquer indivíduo, nomeadamente para quem tem úlceras de pressão, osteoporose, homofilia, epilepsia não controlada por medicamentos ou para quem teve problemas no primeiro contacto com o cavalo (e.g. medo). Em contrapartida, é indicada para casos de paralisia cerebral, lesão cerebral traumática, síndromes genéticas (e.g. T21), PEA, distrofia muscular, amputações, esclerose múltipla, doenças psiquiátricas, entre outras (Koca e Ataseven, 2015).

Esta intervenção também é benéfica para indivíduos com DID, uma vez que num estudo conduzido por Bae, Kyo e Han (2017), que pretendia determinar os efeitos físicos, cognitivos e psicológicos da terapia com cavalos durante 10 semanas, comprovou que houve melhorias nas habilidades físicas (equilíbrio e marcha), motricidade global, funcionamento cognitivo e psicológico desta população.

I.4.2 Intervenção em meio aquático

Em Portugal, a intervenção em meio aquático com fins terapêuticos é cada vez mais comum, uma vez que é uma intervenção diferenciada que abrange um grande espectro de patologias, nomeadamente problemas musculoesqueléticos, neurológicos, cardiopulmonares, psiquiátricos, entre outros (Mestre e Quaresma, 2019). No entanto, os tratamentos com recurso às propriedades da água já datam desde a antiguidade (Becker, 2009).

A água revela um conjunto de propriedades físicas como a densidade, pressão hidrostática, fluviabilidade, gravidade, viscosidade e termodinâmica que contribuem para uma maior facilidade dos movimentos e para um maior sentimento de conforto e de calma (Becker, 2009; Ferreira, 2019a; Torres- Ronda e Alcázar 2014). Esta modifica os limites corporais e motores, dado que cria uma necessidade de adaptação multissensorial,

reequilíbrio da postura e uma reestruturação do tempo e do espaço, auxiliando assim novas formas de conhecimento e novas formas de nos relacionarmos com o mundo (Velasco e Bernini, 2011). É neste meio que os indivíduos são confrontados com sensações distintas às experienciadas em meio terrestre, resultando, por exemplo, em alterações na tonicidade (devido à interação entre a impulsão e gravidade) ou em alterações da imagem corporal do sujeito, através das informações vestibulares provenientes da equilíbrio horizontal (Velasco e Bernini, 2011). Todas estas alterações contribuem para um *transfer* de aprendizagens que resultarão, mais tarde, num aumento de autonomia e de independência do sujeito (Winnicott, 1996 cit. in Filho, 2003).

Para Morris (2004), intervenções neste contexto são benéficas porque ao contribuir para uma facilidade dos movimentos e para um alívio do peso, permite que haja uma exploração segura dos movimentos, fortalecendo e treinando assim as atividades funcionais, ao mesmo tempo, que permite uma maior facilidade de manipulação do sujeito por parte do profissional.

Contudo para que a terapia tenha os efeitos desejados, além do conhecimento sobre as propriedades físicas e térmicas da água e da identificação dos objetivos terapêuticos, é necessário ter atenção a aspetos como o estado emocional do participante, a duração e frequência das sessões, o tipo de estímulo e exercício aplicados (Callejas, 2016).

No que concerne especificamente à terapia psicomotora no meio aquático esta revela-se importante para indivíduos de todas as idades com ou sem problemáticas associadas, podendo ocorrer tanto em contexto individual como em grupo (Velasco e Bernini 2011). Ou seja, este tipo de intervenção permite o desenvolvimento global e equilibrado das crianças e jovens e possibilita aos adultos a criação de momentos relacionais e corporais, que têm impacto na autoestima e na motivação (Freitas e Silva, 2010; Velasco e Bernini 2011).

De uma maneira geral pode dizer-se que a intervenção psicomotora no meio aquático é benéfica, porque além da sua abordagem ser abrangente (i.e., não se focar apenas numa coisa), é direccionada exclusivamente para cada indivíduo, tendo em conta as necessidades, os desejos e as possibilidades do sujeito em questão (Velasco e Bernini 2011).

Para além disso, é ainda referido na literatura que na intervenção psicomotora em meio aquático é possível, através de informações táteis e cinestéticas, trabalhar aspetos como a imagem corporal, tónus muscular, coordenação motora e a estruturação espacial

e temporal (Lewandowski, 2014). No entanto, as vantagens deste tipo de intervenção não se baseiam apenas a nível físico/motor dos indivíduos, mas também aos domínios emocionais e sociais (como por exemplo a autoestima), cognitivo (e.g. concentração, exploração ativa) e visual e auditivo (Matias, 2005).

Assim sendo, Matias (2005) resume os objetivos deste tipo de intervenção nos seguintes pontos: consciencialização do esquema corporal, potenciação da lateralização e do equilíbrio, promoção da estruturação espaço-temporal e do sentido de orientação, estimulação da atenção, promoção de competências sociais e pessoais e estimulação da criatividade.

Relativamente à terapia aquática associada à população com DID, um estudo conduzido por Jardim e Santos (2016), cujo objetivo era perceber de que modo é que a psicomotricidade em meio aquático contribuía para melhorar as competências aquáticas e a QV de adultos com DID (ligeira e moderada), através da implementação de um programa psicomotor com duração de quatro meses com intervenções de 50 minutos, três vezes por semana, concluiu que este tipo de intervenção contribui positivamente para a QV e para as competências aquáticas desta população. Contudo, a escassez de estudos sobre esta população e este tipo de intervenção, não permite generalizar os resultados (Jardim e Santos, 2016).

Por fim é importante referir que neste contexto o psicomotricista diferencia-se dos outros profissionais, na medida em que baseia a sua intervenção na leitura corporal, focando-se nos aspetos tónicos, emocionais e corporais do sujeito, enquanto usa a água como elemento facilitador para a criação de uma boa relação terapêutica (Lewandowski, 2014).

Em jeito de conclusão pode dizer-se que a intervenção neste ambiente se revela importante para a pessoa com algum tipo de dificuldade, visto que esta proporciona um vasto conjunto de experiências psicomotoras tendo sempre como objetivo principal potenciar as condições de saúde (Ferreira, 2019b; Freitas e Silva, 2010).

I.4.3 Atividade Motora Adaptada

A falta de atividade física é identificada como um dos quatro principais fatores de risco que contribui para a mortalidade em todo o mundo, uma vez que está associado a um vasto leque de doenças, como por exemplo diabetes, cancro, doença coronária ou doença cerebrovascular (WHO, s/d; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016).

A prática de atividade física tem um papel fundamental na saúde e no bem-estar do ser humano, revelando-se importante ao longo de toda a sua vida e sendo os seus benefícios independentes do género, da idade, da competência física ou da existência de uma doença crónica ou de deficiência intelectual ou física (DGS, 2016).

No entanto, pessoas com DID apresentam maiores índices de sedentariedade, maiores dificuldades em estarem em boa forma física e menos níveis de prática de atividade física quando comparadas com a população geral (Johnson, 2009). As razões associadas a esses indicadores são explicadas por barreiras organizacionais (dificuldades de acesso, escassez de informação sobre atividade física apropriada, políticas), fatores individuais (nível de dependência, saúde, motivação e competência) e por fatores externos (falta de apoio da comunidade, limitações de segurança, influência dos cuidadores ou imposição da atividade física (Johnson, 2009; Taliaferro e Hammond, 2016).

Esse estilo de vida sedentário quando associado às características desta população (e.g. fraqueza muscular, baixa densidade óssea, problemas cardíacos, obesidade) podem comprometer ainda mais a saúde destes indivíduos (Duplanty, Vingren e Keller, 2014). Por isso, é necessário criar soluções que apelem à atividade física junto destes (Bartlo e Klein, 2011).

Assim surge a AMA, que segundo a International Federation of Adapted Physical Activity [IFAPA] (s/d) é uma área de conhecimento interdisciplinar desenvolvida a pensar nas populações que devido a alguma limitação não tem acesso à participação em atividades desportivas. Esta tem como premissa a aceitação das diferenças individuais, a prestação de serviços de forma a capacitar e a apoiar essa população e o acesso a todas as atividades físicas, nomeadamente, à educação física, ao desporto, às atividades recreativas, à reabilitação, à dança, entre outras (IFAPA, s/d).

No caso específico da intervenção psicomotora, a AMA tem como finalidade desenvolver, estudar e planificar atividades motoras nos múltiplos contextos de intervenção, de forma a promover objetivos como a melhoria das condições de saúde e da condição física (SRE/Direção Regional Educação, 2013). A mesma quando associada à população com DID deve procurar promover o desenvolvimento das competências motoras básicas, identificar as dificuldades e potenciar as áreas fortes do sujeito, promover a autonomia e independência, estimular as competências sociais, promover a integração na comunidade e promover a adaptação ao contexto, assumindo as suas necessidades (Abellán e Vicente, 2002).

No que concerne aos benefícios da AMA, um estudo conduzido por Asonitou, Mpampoulis, Irakleus-Paleologou e Koutsouki (2018) que tinha como propósito perceber os efeitos de um programa de AMA na aptidão física de 38 adultos com DID, concluiu que um programa a este nível contribui positivamente para melhorar o equilíbrio, a flexibilidade, a força e resistência muscular e a resistência cardiorrespiratória destes, que depois se refletem num estilo de vida mais saudável e ativo. No entanto, os benefícios não se centram apenas nos aspetos da aptidão física. Segundo vários estudos esta tem influencia no domínio psicológico e social porque: melhora o humor, promove um maior sentimento de autoconfiança, aumenta a consciência social, a autoestima, melhora a capacidade de autogestão, promove um melhor ajuste emocional e melhora a capacidade de socialização ao mesmo tempo que auxilia na redução de adaptação social (Bartlo e Klein, 2011;Cardoso, 2011; Güvendi e İlhan, 2017).

Assim sendo, podemos afirmar que a AMA parece ser uma área de intervenção com bastante pertinência para esta população.

II Realização da Prática Profissional

Concluída a revisão da literatura e o enquadramento institucional, segue-se a descrição das etapas de estágio, a calendarização das atividades e a descrição dos processos interventivos realizados pela mestranda durante o período de estágio.

II.1 Intervenção Psicomotora no CAO-C.E.C.D.

A intervenção psicomotora no CAO do C.E.C.D. fica inserida no núcleo da AMA à responsabilidade das TSEER/orientadoras locais.

Este núcleo dá resposta a mais de 100 clientes de todas as unidades (A, B e C), envolvendo os apoios de condição física, desporto adaptado, psicomotricidade e mobilidade. Estes decorrem em vários contextos e em várias vertentes, nomeadamente: na sala de condição física, no ginásio de desportos coletivos, na piscina, no centro hípico e nos espaços cedidos pelo real sport clube onde decorrem as aulas de *karaté* e de ténis.

É importante referir que nem todos os clientes usufruem dos mesmos contextos de intervenção, por exemplo, um cliente pode usufruir da equitação terapêutica, mas não de natação adaptada. A seleção dos clientes para estes apoios depende de fatores como as capacidades e interesses dos clientes e os objetivos estabelecidos no Plano Individualizado da Pessoa Apoiada (PIPA).

Os objetivos em PIPA são elaborados no início de cada ano letivo, em conjunto com o gestor de caso, a família e o próprio cliente.

No PIPA ficam delineados os seguintes tópicos:

- Data de início e fim do PIPA
- Necessidades e expectativas da pessoa apoiada e dos familiares;
- Proposta de intervenção técnica nos diferentes domínios (QV, desenvolvimento pessoal, bem-estar e inclusão social) ;
- Outras informações relevantes (alergias, etc.)
- Compromisso de responsabilidade entre o cliente, familiar e C.E.C.D.;
- E propostas de reformulação (monitorização intermédia);

No núcleo de AMA, as intervenções não ultrapassam os 60 minutos e decorrem em grupo, não excedendo 12 clientes por sessão. Em casos pontuais, as sessões têm carácter individual. Quando possível realizam-se apoios conjuntos com outras áreas terapêuticas nomeadamente com a TO.

Cabe ao grupo de técnicos de AMA monitorizar e avaliar, de maneira contínua, os diversos domínios que esta área engloba visando os objetivos estabelecidos por cada cliente. As avaliações destes parâmetros ocorrem semestralmente.

O núcleo de AMA fica ainda responsável por organizar e participar em encontros desportivos intercentros, ações inclusivas, coordenar atividades desportivas, apoiar no refeitório, participar em reuniões de supervisão técnica e de conselho técnico-pedagógico, gerir PIPA e participar e organizar reuniões de família/significativos.

Finda a descrição da intervenção psicomotora no CAO, será feita uma breve contextualização das atividades de estágio.

II.2 Contextualização das atividades de estágio

O contacto com a instituição teve início no dia 27 de setembro de 2018, com uma reunião com os orientadores (Prof. Dr. Pedro Morato e as TSEER Susana Cunha e Inês Baião) e os colegas de licenciatura (Nádia, Mafalda e Gonçalo). Neste dia, foi-nos dada a conhecer os espaços físicos da instituição, os objetivos e as atividades que iríamos desenvolver ao longo do ano. As atividades de estágio tiveram início oficial no dia 1 de outubro de 2018, e organizaram-se da seguinte maneira (tabela 1):

Tabela 1 Organização das etapas do estágio

	2018			2019				
	Out	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abril	Maio
Observação								
Intervenção Supervisionada								
Intervenção autónoma								
Avaliações								

Num total houve contacto com 105 clientes, ao longo de 8 meses, com uma carga horária de 28h semanais (contabilizando o período de almoço, que sempre que possível foi reservado para trocar ideias com os colegas de licenciatura e registar informações).

A estagiária teve dispensa durante 2 semanas do período de natal, 1 dia para participação nas jornadas da psicomotricidade, uma manhã para apresentação de um trabalho na FMH, um dia por ausência das orientadoras locais e outro devido a greve dos camionistas (uma vez que a grande maioria dos clientes não teve transporte). No total o CAO esteve fechado, durante 10 dias (espaçados entre si), devido a 9 feriados/ tolerância de ponto e à falta de água no CAO.

O período de estágio desenvolveu-se em três fases específicas que serão descritas em seguida.

II.2.1 Fase de Observação

A fase de observação decorreu entre os meses de outubro a dezembro, tendo início no primeiro dia de estágio. Esta fase tinha como objetivo a adaptação gradual ao funcionamento e à dinâmica do local de estágio, a criação de uma relação empática, a identificação das características e comportamentos dos clientes e a avaliação informal dos grupos. Esta etapa contemplou a observação e participação não só nos contextos de intervenção psicomotora (e.g. condição física, desporto adaptado, psicomotricidade, karaté, natação) como também de outras áreas/vertentes (e.g. TO).

Nas primeiras semanas do estágio, a estagiária teve a possibilidade de contactar com os diferentes clientes e profissionais, tanto nas suas salas como em atividades que estes frequentavam. Desta forma, a estagiária teve a oportunidade de:

- Observar e contactar com os clientes das três unidades funcionais nas suas salas (A1/A2; A3/A4; B1, B2 e B3 e C1 e C2);

- Observar e participar numa sessão de histórias realizada pela TO com o grupo A1/A2;
- Observar sessões no tanque terapêutico com clientes externos ao CAO;
- Observar sessões na sala de *snoezelen*;
- Observar uma sessão do grupo dos autorrepresentantes realizada por uma das TO;
- Observar e participar em duas sessões com a terapeuta de C.G./T.I.C;

Depois de observados todos os contextos mencionados, procedeu-se à observação e participação passiva dos vários contextos onde ocorre a intervenção psicomotora. Por isso, numa primeira fase, a estagiária observou e participou em todas as sessões no núcleo de AMA dinamizadas pelas TSEER/orientadoras locais, de forma a ter uma visão geral de todos os grupos que beneficiavam destes apoios.

O processo de transição entre a fase de observação e a de intervenção supervisionada foi gradual. Inicialmente a estagiária teve um papel passivo, i.e., observava e participava apenas quando necessário, e em novembro começou a planear/dinamizar pontualmente uma atividade por sessão e mais tarde a planear e dinamizar as sessões por completo.

A partir do momento em que a estagiária começou a realizar as intervenções, procedeu-se ao registo das sessões. Esses registos consistiam na descrição das sessões onde foram incluídos aspetos como: pontos positivos/negativos da sessão, possíveis alterações na realização das tarefas, comportamentos e interesses dos clientes e registo de conselhos dados pelas orientadoras locais.

Além das atividades já mencionadas, houve a possibilidade de observar e interagir com os clientes em contextos informais como no pátio, nos almoços, em atividades externas, e na realização de algumas tarefas simples, como monitorizar o peso dos clientes e medir a tensão dos mesmos.

Findo o período de observação procedeu-se à identificação do estudo de caso, e à formalização dos apoios em que estagiária iria intervir.

Os horários e a constituição dos grupos foram sofrendo alterações ao longo do estágio, contudo a versão final do horário da estagiária pode ver-se na tabela abaixo (tabela 2). É de salientar que este horário nem sempre foi cumprido devido a fatores como atividades externas, dispensas da estagiária, fecho do centro, entre outras.

Tabela 2 Horário da Mestranda no 2.º Semestre

	2.ª Feira	3.ª Feira	4.ª Feira	5.ª Feira	6.ª Feira
9:00 10:30	EQUITAÇÃO (Plano de sessão- c/ Estudo de caso)	9:20-10:00 CAMINHADAS	NATAÇÃO	CAMINHADAS	9:20- 10:20 PSICOMOTRICIDADE (Plano de sessão)
11:00 12:30		10:30-12:00 KARATÉ (C/ Estudo de caso)			10:30- 11:30 ESTUDO DE CASO
12:30 13:30					
14:00 15:00	CONDIÇÃO FÍSICA (Plano de sessão)		13:15-14:15 ESTUDO DE CASO	DESPORTO ADAPTADO 1 (Plano de sessão)	
			14:15-15:15 MOBILIDADE E EXPRESSÃO (Sessão com TO: Auxílio)		
15:00 16:00	CONDIÇÃO FÍSICA (Plano de sessão)		15:15-16:00 ECOG + NOVOS (Plano de sessão: c/ Estudo de caso)	DESPORTO ADAPTADO 2 (Plano de sessão)	

II.2.2 Intervenção Supervisionada e Autónoma

O processo entre a intervenção supervisionada e autónoma aconteceu de forma gradual, e por isso, não é possível precisar com certeza em que momento é que ocorreu essa transição.

Contudo, o planeamento de atividades teve início em novembro de 2018 e em dezembro do mesmo ano procedeu-se à formalização dos objetivos terapêuticos para cada grupo. Em janeiro os apoios foram formalizados e os planeamentos tiveram um carácter mais regular, terminando em maio.

No segundo trimestre do período de estágio, foi dada à estagiária mais autonomia durante as sessões. As orientadoras foram gerindo esses momentos com saídas das sessões, de forma a contribuir para a transição de figura de referência. Mesmo quando a estagiária dinamizou sessões sem a presença das orientadoras, os planeamentos foram analisados previamente e foram dados conselhos e alertas para o que poderia, eventualmente, acontecer. O facto deste processo ter sido gradual, permitiu aumentar o grau de confiança, de segurança e de autonomia.

Durante este processo de intervenção, a estagiária teve a possibilidade de intervir com diferentes grupos e em diferentes contextos, que serão explicados com maior pormenor nos capítulos II.3 e II.4. Contudo, para se ter uma visão geral do trabalho da estagiária na tabela que se segue (tabela 3) encontra-se um resumo do número de clientes contactados e o número de intervenções em que a mesma participou.

Tabela 3 Quadro resumo da participação da estagiária

	N.º de clientes contactados	Sessões Planeadas	Sessões com aplicação do planeamento	Sessões com algum tipo de participação (apoio, observação, participação improvisada)	N.º total de participação
CF- Jardineiros	16	19	38	20	58
PM- Cadeiras	17	15	15	24	39
ECOG (mais velhos)	5	21	21	15	30-36
ECOG (mais novos)	7	15	15		
Karatê	11			28 + 2 idas ao exterior	39
Natação	14 + 8 pendão			24	24
Equitação Terapêutica (ET)	5 + 6 pendão			16	16
PM- expressão rítmica	10	15	15	8	23
Estudo de caso	1	16 Individuais	16		28
		12 ET	12		
Desporto adaptado	22	22	44	8	52
Mobilidade A	14			38 (76)	

II.2.3 Avaliações

Em janeiro e maio de 2019, procedeu-se à avaliação formal do estudo de caso, que será descrita no capítulo II.4.

As restantes avaliações, i.e., as avaliações relativas a todos os outros casos acompanhados foram feitas com referência a critério, de acordo com os objetivos definidos, e no final foi verificado se os objetivos foram ou não atingidos.

Com os grupos optou-se por não usar instrumentos de avaliação, devido a vários fatores como: avaliação dos clientes já ter sido feita pelas TSEER; serem muitos grupos e todos muito heterogêneos (o que complicava a análise dos dados e a escolha dos instrumentos); e de o período de intervenção não ser suficiente para se verificarem diferenças significativas. A avaliação a critério torna-se preminente, uma vez que, ao contrário da avaliação normativa, que compara o desempenho do indivíduo com a média

do grupo com o objetivo de o classificar, esta pretende avaliar os pontos fortes e fracos do indivíduo potenciando as suas capacidades, para no fim identificar se houve ou não um progresso quando comparado com o próprio (Ferraz et al., 1994).

Em dezembro, a estagiária teve a possibilidade de auxiliar as orientadoras locais na realização da avaliação de condição física dos clientes do desporto adaptado, e de avaliar os clientes da natação adaptada.

Findo o período de intervenção procedeu-se à avaliação final do estudo de caso, seguindo os mesmos critérios usados na avaliação inicial.

Em seguida, serão apresentados os grupos acompanhados pela estagiária.

II.3 Intervenções em contexto de grupo

A estagiária teve a possibilidade de intervir e observar grupos muito distintos entre si, desta forma, serão descritos pormenorizadamente os grupos acompanhados.

Destaca-se que apesar dos nomes usados para descrever cada grupo poderem indicar outras áreas de intervenção, em todos eles foi feita terapia psicomotora. A nomenclatura usada serve apenas para identificar a principal área a ser trabalhada com os grupos em questão.

Realço também que o facto de os grupos serem todos heterogéneos na sua constituição, fez com que os objetivos definidos fossem mais abrangentes.

II.3.1 Grupo de condição física

Decorreram, às segundas-feiras à tarde, duas sessões de condição física onde houve a possibilidade de contactar com 16 clientes (9 no primeiro e 7 no segundo grupo).

Este grupo, constituído, por clientes do grupo C3 (“jardineiros”), apresenta diagnósticos que variam entre défice cognitivo, microcefalia, T21, entre outros. Em termos comportamentais é um grupo que, inicialmente demonstra dificuldades em perceber os limites. Ou seja, é um grupo que vai testando até onde pode chegar, e demonstra mais dificuldades em ver o estagiário como elemento de referência. Contudo, após uma boa relação respeitam e cumprem com o estipulado.

As sessões tiveram a duração de 50 a 60 minutos, organizados como se pode ver na tabela 4.

Este grupo, ao contrário dos restantes, mostra uma maior aptidão (e maior interesse) por atividades que exigem maior esforço físico. Contudo, sendo um grupo

habituação a atividades motoras, procurou-se não só apelar a essa área, mas também apelar a aspetos que exigiam o uso de funções executivas, nomeadamente, a flexibilidade cognitiva, a autorregulação e a memória.

Tabela 4 Organização das sessões de condição física

Momento	Descrição/Tipo de atividades realizadas	Exemplo. de atividades	Tempo
Aquecimento	Realizado na sala de condição física (máquinas de exercício físico) com o objetivo de promover a capacidade física nomeadamente a resistência cardiovascular, a agilidade e flexibilidade.	Elíptica; Remo; Passadeira; Escalador	15-20'
Parte fundamental	Decorria no ginásio de desportos coletivos e era composta por atividades recreativas, jogos lúdicos, adaptações de jogos de tabuleiro e/ou cognitivos para contexto de ginásio, atividades motoras e jogos coletivos que apelavam aos objetivos previamente estabelecidos.	Jogo da bomba Estafetas, ...	30-45'
Alongamentos	Momento reservado para o relaxamento muscular, onde se procurava potenciar a capacidade de iniciativa e a comunicação, uma vez que em cada sessão era dada a opção de ser um cliente a dinamizar essa parte da aula.		5'
Conversa final	Diálogo final, que tinha como objetivo estimular a identificação de interesses, promover a reflexão crítica e apelar à comunicação.		5'

Os objetivos terapêuticos encontram-se na tabela 5.

Tabela 5 Objetivos: grupo de condição física

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Manter ou Maximizar os fatores psicomotores e aspetos relativos à condição física	Ser capaz de realizar atividades de força, agilidade, flexibilidade; Participar em atividades de equilíbrio, praxias, EET e coordenação;
Estimular as funções executivas	Resolver problemas simples, usando o raciocínio lógico; Manter o foco e a atenção na tarefa durante mais tempo, eliminando os estímulos distráteis;
Melhorar as competências Sociais	Potenciar a capacidade de antecipação, planificação e execução das ações; Criar estratégias para diminuir a impulsividade na resposta; Ser capaz de colaborar com colegas em situações de jogo; Ser capaz de respeitar as regras em situações de jogo;

Por essa razão, optou-se por realizar atividades com forte componente cognitiva exigindo, ao mesmo tempo, a destreza e a facilidade física que estes demonstravam (e.g. *mastermind*; jogo da bomba). Assim sendo, as atividades foram desafiantes para ambas as partes (estagiária e clientes) e potenciaram o interesse dos clientes nas sessões. Um exemplo de um plano de sessão com este grupo pode ser encontrado no anexo B.

Apesar de ser um grupo competitivo e de ser necessário ter atenção a atividades que estimulassem esses comportamentos, as atividades competitivas pareciam potenciar

o empenho e a participação dos clientes nas sessões. Desta forma, estas atividades foram usadas como estratégia, enquanto se trabalharam aspetos como a regulação comportamental e emocional, o trabalho de equipa, estratégias para lidar com a frustração e com o perder e potenciar a partilha. É importante reforçar que as atividades apelaram à competição entre grupos e não à competição individual, ou seja, apesar de serem atividades competitivas também foram trabalhados aspetos que fomentaram a cooperação. Desse modo, tal como defendem Aragón (2012) e Landazabal e Azumendi (2006) foram também potenciados aspetos como a comunicação, o desenvolvimento moral, a autoestima e as competências sociais.

Com este grupo foi necessário evitar atividades com tempos muito longos de espera, uma vez que estes perdem o interesse rapidamente. As instruções foram dadas de forma faseada, e as atividades foram complexificadas à medida que se obtinha sucesso. Em algumas tarefas foi necessário parar a atividade e corrigir os erros quando estes ocorriam. O uso de feedbacks positivos, interrogativos e construtivos, as pistas verbais e visuais e a demonstração foram também usados com alguma frequência.

No final de algumas sessões, foi perguntado que jogos/atividades gostariam de fazer na semana seguinte. As sugestões de atividades foram levadas em conta e foram adaptadas aos objetivos estabelecidos, desta forma não só se potenciou a identificação de interesses e se apelou à participação, como também se desenvolveu um sentimento de competência e de capacidade.

Comparando os dois grupos entre si, apesar de serem dois grupos distintos, não se denotam diferenças significativas. Ambos os grupos são constituídos por elementos que compreendem com facilidade o que foi pedido, enquanto outros necessitam de mais ajuda. O mesmo acontece em relação à capacidade de iniciativa e de comunicação.

De uma maneira geral, no início, ambos os grupos revelaram ausência de estratégias, impulsividade nas respostas e dificuldades em ignorar estímulos distráteis. Estes aspetos foram trabalhados durante as sessões.

Tal como já mencionado, não foi aplicado nenhum protocolo/ instrumento formal aos grupos. Por essa razão, a avaliação do desempenho foi feita com base no que foi observado ao longo do processo terapêutico.

Desta forma, pode dizer-se que os clientes mantiveram as competências associadas aos fatores psicomotores e à condição física e verificaram-se ligeiras melhorias nos parâmetros das competências sociais, nomeadamente no respeito das regras da

sessão e das tarefas. Aspetos como a criação de estratégias e resolução de problemas foram visíveis pontualmente, contudo, foi necessário dar pistas para que isso acontecesse (e.g. foi necessário parar o jogo para identificar o que estava mal e pensar em grupo como é que essa situação podia ser contornada).

Por parte da estagiária o principal desafio centrou-se em arranjar estratégias para apelar à participação dos clientes e criar atividades que fossem desafiantes, mas realizáveis.

II.3.2 Grupo de estimulação cognitiva

O grupo de estimulação cognitiva (ECOG), inicialmente, tratou-se de um grupo heterogéneo composto por 6 clientes com idades compreendidas entre os 22 e os 55 anos, com diferentes gostos, comportamentos e diagnósticos.

As sessões com este grupo decorreram todas as segundas e sextas-feiras no período da manhã e focaram-se, essencialmente, em tarefas cognitivas com expressão motora. Contudo, devido a fatores comportamentais (dificuldades em centrar a atenção, conversas descontextualizadas, comportamentos repetitivos que quando se tentavam controlar levavam à disrupção), fatores geracionais (e.g. idade, interesses) e à necessidade de mudança de horário, o grupo foi reestruturado.

Desta forma, o grupo foi aumentado e dividido do seguinte modo:

- ECOG mais novo:
 - As sessões decorreram às quartas-feiras à tarde, constituídas por 6 clientes com idades mais baixas (22- 40 anos);
 - Atividades cognitivas com forte incidência motora, que apelavam não só às funções executivas, como a fatores psicomotores (e.g. coordenação) e a aspetos sociais e comunicacionais; O principal interesse deste grupo era a música;
- ECOG mais velho:
 - Grupo constituído por 5 clientes mais velhos (43-55 anos), com sessão todas as sextas feiras de manhã; na maioria das vezes, a sessão foi realizada apenas por três elementos, tal facto, deveu-se a um desses clientes faltar com regularidade, bem como à necessidade de evitar que outros dois clientes se cruzassem prevenindo, portanto, o clima negativo que podia advir desse contacto.
 - As sessões foram, essencialmente, compostas por atividades cognitivas (com alguma incidência motora, mas não muito exigente) que apelavam à manutenção dos conhecimentos já adquiridos, a conhecimentos académicos (cálculo,

sobretudo) e a conhecimentos de cultura geral; Este grupo interessava-se por temas como: música, provérbios e coisas antigas.

Apesar de comportamentos como a dificuldade em focar a atenção, conversas descontextualizadas e dificuldades em inibir certos comportamentos se manter, a divisão do grupo permitiu um maior controlo desses comportamentos. Além disso, a divisão deste grupo permitiu também dinamizar sessões que correspondiam melhor ao perfil e interesse dos clientes. As sessões de ambos os grupos apresentaram a mesma organização que pode ser vista na tabela 6.

Tabela 6 Organização das sessões de ECOG

Momento	Descrição/Tipo de atividades realizadas	Exemplo de atividades	Tempo
Conversa Inicial	Identificar estados emocionais, situar no espaço e no tempo, definir o que iria ser feito e recordar o que foi feito em sessões anteriores;		5 ‘
Parte fundamental	Constituída por atividades motoras e cognitivas que iam ao encontro dos interesses e objetivos do grupo;	Jogo da Malha Bingo Sonoro	30-45’
Conversa final	Promover a capacidade de reflexão e apelar à memória (recordando o que se tinha feito);		5’

Apesar de os grupos serem diferentes entre si, sempre que possível foram usados os mesmos planeamentos. Quando isso aconteceu, os planos sofreram ligeiras alterações para se adequarem ao grupo em questão.

No que concerne aos comportamentos, o grupo ECOG mais velho demonstrou maiores dificuldades em controlar comportamentos repetitivos e maiores dificuldades em gerir comportamentos. Apesar disso, com este grupo resultaram melhor atividades competitivas, uma vez que os mantinha mais centrados e motivados na tarefa.

Por sua vez, o grupo ECOG mais novo apresentou uma maior adequação dos comportamentos e, simultaneamente, apresentou maiores dificuldades em centrar a atenção na tarefa e em adequar as conversas ao mundo real. Com este grupo foi ainda necessário apelar à participação de alguns clientes, uma vez que, mostraram maior dificuldades em expor-se. Ao contrário do outro grupo de estimulação cognitiva, este demonstrou maior interesse e participação em atividades motoras.

Ao todo foram planeadas 40 sessões, compostas por atividades lúdicas, recreativas, tradicionais, adaptações de jogos de tabuleiro e atividades desportivas, como por exemplo: petanca, *twister* adaptado, jogo da glória, tangram, jogo da memória, entre outros. Ambos os grupos tinham grande interesse por músicas, por isso foram também realizadas atividades como: bingo sonoro, jogo de tabuleiro (em ginásio) com questões

sobre música, etc. No anexo C, encontram-se exemplos de um plano de sessão para ambos os grupos de ECOG.

Em ambos os grupos, o principal objetivo terapêutico incidiu sobre a estimulação cognitiva, com um enfoque na memória e na atenção. Contudo, aspetos motores também foram privilegiados, por duas razões distintas: no primeiro grupo porque é um grupo jovem e as atividades de carácter motor fomentam a participação na tarefa, e no segundo porque a população é mais envelhecida e torna-se importante retardar declínios nessa área. Os objetivos estabelecidos para estes grupos encontram-se descritos na tabela 7.

Tabela 7 Objetivos: grupos de ECOG

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Potenciar as funções executivas	Utilizar conhecimentos já adquiridos em situações de jogo (conhecimentos de cultura geral – provérbios, etc.); Aumentar o tempo de foco na tarefa, evitando estímulos externos; Arranjar estratégias para resolver uma tarefa simples; Aumentar a capacidade de nomear e descrever atividades realizadas no quotidiano; Participar em atividades que apelem à memória;
Promover os fatores psicomotores	Realizar atividades de manipulação de objetos, equilíbrio e coordenação motora global; Manter as capacidades motoras;
Melhorar a comunicação verbal e interverbal e as competências sociais	Respeitar o tempo dos outros para expor as suas opiniões e ideias; Respeitar a vez do colega em situações sociais; Ser capaz de verbalizar as suas opiniões, motivações e interesses; Aumentar o tempo de foco no assunto da conversa, em situações sociais;

Relativamente a estratégias, com ambos os subgrupos, resultaram o feedback interrogativo, as pistas visuais e verbais e a simplificação das tarefas.

Tendo em conta o que foi observado ao longo das sessões as dificuldades em centrar e focar a atenção na tarefa mantiveram-se em ambos os grupos. No segundo grupo, verificaram-se melhorias no parâmetro de respeitar o tempo e a vez do colega durante a atividade. Nas restantes áreas não foram verificadas diferenças significativas (nem positivas nem negativas) entre o início e o fim do processo terapêutico.

II.3.3 Grupo de mobilidade e expressão

As sessões com os clientes em cadeiras de rodas tiveram um carácter bissemanal acontecendo às quartas-feiras à tarde, com o auxílio da TO, e às quintas-feiras no período da manhã.

Nas quartas-feiras, as sessões foram de observação e participação, onde a estagiária auxiliava quando necessário (e.g. mobilizações articulares). Por sua vez, às

quintas-feiras as sessões foram dinamizadas com base num planeamento feito pela própria.

No total, este apoio contemplou 14 clientes, dos quais 8 (clientes fisicamente mais autónomos, e que ajudavam os colegas menos autónomos) frequentaram a sessão uma vez por semana e cinco dos seis elementos em cadeira de rodas frequentaram ambas as sessões.

Em termos de organização, as sessões seguiram a seguinte estrutura presente na tabela 8.

Tabela 8 Organização das sessões de Mobilidade e expressão

Momento	Descrição/Tipo de atividades realizadas	Exemplo de atividades	Tempo
Mobilizações Articulares	Realizadas durante a primeira parte da sessão com o objetivo de melhorar/manter a amplitude dos movimentos e diminuir a rigidez muscular;	Mobilizações passivas, levantar e baixar um bastão;	10'
Parte fundamental	Composta por atividades lúdicas, jogos de associação, jogos adaptados, entre outros;	Petanca; Caça ao tesouro;	30-45'
Conversa final/ Reflexão final	Pretendia potenciar a reflexão crítica, a comunicação e a memória a curto prazo dos clientes.		5'

Relativamente às características dos clientes, tratou-se de um grupo heterogéneo com diferentes graus intelectuais e de autonomia.

No que concerne aos aspetos motores, o grupo é composto por clientes com boa expressão motora e clientes com dificuldades na deslocação e/ou na mobilização dos membros superiores. Alguns clientes em cadeira de rodas são capazes de conduzir a sua própria cadeira pelo espaço, enquanto outros dependem da ajuda dos colegas e/ ou dos técnicos. Por sua vez, em termos intelectuais, existem clientes que demonstram facilidade de compreensão, enquanto outros revelam dificuldades em compreender conceitos simples, como por exemplo: “aponta para o objeto amarelo”.

No entanto, as limitações motoras e intelectuais não são diretamente proporcionais, ou seja, existem clientes que apresentam grandes limitações motoras, mas que mostram maior facilidade de compreensão do que os colegas, e vice-versa, mas também existem clientes que apresentam muitas limitações físicas e muitas limitações cognitivas ou o oposto.

Por isso, durante o planeamento das sessões e nas sessões propriamente ditas, foi necessário criar um equilíbrio entre o desempenho motor e cognitivo, de forma a não prejudicar nenhum cliente. Apesar deste equilíbrio ter de existir em todos os grupos, neste

torna-se mais importante uma vez que a probabilidade de perder o interesse na tarefa é maior. Por exemplo: Se o objetivo é passar a bola para o colega do lado, o cliente com limitações físicas vai achar a tarefa muito difícil, em contrapartida o cliente com menores limitações a esse nível vai achar essa tarefa muito fácil. Para contornar esta situação, na maioria das vezes os clientes foram agrupados a pares (cliente com cadeira de rodas + cliente sem cadeira), permitindo assim que os clientes mais autônomos fisicamente e intelectualmente auxiliassem os colegas. Os pares foram pensados estrategicamente.

Com este grupo, as atividades foram essencialmente atividades de associação (e.g. colocar os objetos da cor x no arco da mesma cor), jogos tradicionais (e.g. jogo do lencinho, boccia/petanca), percursos, atividades com música e atividades 'competitivas' (e.g. caça ao tesouro). Todas as atividades planeadas tiveram uma forte componente cooperativa, e foram elaboradas tendo em vista não só os objetivos estabelecidos como os interesses dos clientes. Os objetivos encontram-se descritos na tabela 9. No anexo D é possível encontrar um exemplo de um plano de sessão para este grupo.

Tabela 9 Objetivos: Grupo de mobilidade e expressão

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Promover um maior bem-estar	Realizar atividades de mobilização dos membros superiores; Diminuir a rigidez muscular através de exercícios de alongamento;
Melhorar a comunicação	Interagir eficazmente com os pares; Ser capaz de verbalizar as suas opiniões, motivações e interesses;
Potenciar a motricidade global e fina	Realizar atividades de expressão motora, em situações de jogo; Utilizar as mãos em atividades de manipulação de objetos;
Estimular as funções executivas	Rechamar conhecimentos já adquiridos (e.g. identificação de cores); Potenciar a capacidade de nomear e descrever atividades realizadas no quotidiano; Colaborar nas tarefas propostas, mostrando iniciativa;

A nível dos apoios, este grupo necessitou de ajuda física para a mobilização dos membros e feedbacks interrogativos e positivos. Como estratégia, a criação de pares para a realização da tarefa foi eficaz.

No final do processo terapêutico, verificou-se que as competências iniciais se mantiveram. Verificaram-se ainda ligeiras melhorias na verbalização da escolha de uma atividade e na interação entre os pares.

II.3.4 Grupo de psicomotricidade e expressão rítmica

As sessões de psicomotricidade com a unidade B decorreram às sextas-feiras durante o período da manhã.

Este grupo, composto inicialmente por 9 clientes, foi reestruturado em janeiro de 2019. Deste modo, saíram 3 clientes e entraram 4, perfazendo um total de 10 clientes, com idades compreendidas entre os 20 – 50 anos e com diferentes diagnósticos (T21, paralisia cerebral, ...).

As sessões tiveram uma duração de 60 minutos e seguiram sempre a mesma estrutura:

Tabela 10 Organização das sessões de psicomotricidade e expressão rítmica

Momento	Descrição/Tipo de atividades realizadas	Exemplo de atividades	Tempo
Ativação Inicial	Constituída por atividades de aquecimento articular, sugeridas à vez por cada um dos elementos e/ou jogos simples;	Exército/ Marinha	10'
Parte fundamental	Realizadas atividades que visavam os objetivos estabelecidos e os interesses dos clientes. Essencialmente composta por atividades rítmicas e motoras.	Levar a bola até ao cesto de diferentes maneiras; Jogo dos arcos;	30-45'
Conversa final	Momento da sessão reservado para recordar o que foi feito, identificar interesses e perceber as facilidades e as dificuldades sentidas durante as atividades.		5'

Num total foram planeadas 14 sessões para este grupo, e sempre que possível foi usada música e atividades rítmicas para dinamização das mesmas, uma vez que é uma das maiores áreas de interesse deste grupo.

Com este grupo foram trabalhados aspetos relativos à expressão motora, à interação entre pares, a capacidade de reação, iniciativa e comunicação. Os objetivos terapêuticos encontram-se especificados na tabela 11.

Tabela 11 Objetivos: grupo de psicomotricidade e expressão rítmica

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Melhorar a capacidade de iniciativa e de reação	Colaborar nas tarefas propostas, mostrando iniciativa; Diminuir o tempo de reação em atividades de atenção;
Potenciar as funções executivas	Potenciar o esforço/ persistência nas tarefas; Utilizar informação relevante para a concretização de tarefas; Potenciar a capacidade de nomear e descrever atividades realizadas no quotidiano;
Potenciar os fatores psicomotores	Realizar atividades de expressão rítmica; Ser capaz de se orientar no espaço seguindo indicações simples; Reproduzir o que foi observado (e.g. sequência de movimentos); Realizar atividades de coordenação motora global;
Promover a comunicação e as relações interpessoais	Interagir com os pares para concluir as tarefas propostas; Verbalizar as suas opiniões, motivações e interesses;

As atividades planeadas para este grupo, e à semelhança dos grupos anteriores, procuraram ir ao encontro dos interesses dos clientes e dos objetivos estabelecidos. Dessa

forma, foram realizadas atividades cooperativas que visaram o uso do raciocínio e da resolução de problemas; atividades de expressão motora e de coordenação como o jogo da mímica, percursos e estafetas; e atividades de reação, concentração e atenção como o jogo do lenço ou o jogo das cadeiras. No anexo E, é possível encontrar um exemplo de uma sessão com este grupo.

No que concerne a características gerais dos clientes, é um grupo composto por clientes muito diferentes entre si. Este apresenta clientes com relativa facilidade na compreensão de instruções simples enquanto outros revelam dificuldades nesse âmbito (e.g. “colocar a mão dentro do arco”). Diferenças na interação, na capacidade de reação (sobretudo, no iniciar a tarefa), comportamentos de inibição e chamadas de atenção também são visíveis neste grupo.

Ao longo do processo terapêutico foram usadas estratégias como a decomposição da tarefa em partes e o uso de feedbacks verbais e corretivos. Estratégias como a formação de equipas equilibradas, compostas por um elemento mais autónomo, e a colocação de um cliente que queria desistir facilmente da tarefa em “posição de líder”, também pareceram ser benéficas.

No final do processo terapêutico, e comparando com as sessões iniciais, o grupo mostrou-se mais colaborante e participativo. Por parte de alguns clientes, foi ainda visível um aumento no parâmetro da comunicação, nomeadamente no que concerne à verbalização das escolhas das atividades. Relativamente aos outros domínios, não foram verificadas diferenças significativas.

II.3.5 Grupo de desporto adaptado

As sessões de desporto adaptado decorreram às quintas-feiras à tarde, e foram dinamizadas em conjunto com os colegas de licenciatura.

No total houve contacto direto com 21 clientes, divididos em dois grupos, com idades compreendidas entre os 20 e os 45 anos. O 1.º grupo, constituído por 11 clientes das unidades B e C, apresentou maiores dificuldades na compreensão das situações, no conceito do jogo e na prestação motora, por essa razão foi necessário usar instruções mais simples, transmitidas de forma faseada. O 2.º grupo, constituído unicamente por clientes do grupo dos jardineiros, apresentou maior destreza motora e maiores dificuldades em gerir comportamentos em situações de jogo. Embora se verificassem diferenças entre os grupos, ambas as sessões seguiram o mesmo plano, contudo quando se achou necessário

as atividades foram facilitadas, complexificadas e/ou modificadas para que nenhum grupo perdesse o interesse durante as sessões.

As sessões tinham uma duração aproximada de 60 minutos e seguiram a seguinte estrutura:

Tabela 12 Organização das sessões de desporto adaptado

Momento	Descrição/Tipo de atividades realizadas	Exemplo de atividades	Tempo
Aquecimento	Atividades que promoviam o aquecimento articular;	Corrida; Rodar os braços;	5-10'
Parte fundamental	Atividades de desconstrução da modalidade, onde se treinaram aspetos específicos da mesma (e.g. drible, passe de peito, ...)	Volta ao mundo com passes de peito;	30-40'
Alongamentos	Composta por atividades que promoviam o relaxamento muscular;		5'
Conversa final	Reflexão sobre a sessão, nomeadamente, dificuldades sentidas, o que mais e menos gostaram, etc.		5'

Inicialmente foram definidas, juntamente com os clientes, um conjunto de modalidades para serem trabalhadas durante 3 a 4 semanas. Desta forma, foram abordadas as seguintes modalidades: petanca, basquetebol, futebol, ténis, corfebol, golfe e *badminton*.

Além das modalidades já mencionadas, a estagiária teve ainda a oportunidade de auxiliar nas sessões de avaliação de condição física (e.g. flexibilidade dos membros superiores, abdominais, salto horizontal, força dos membros inferiores e agilidade), observar uma sessão planeada pela estagiária de licenciatura e dinamizar, em conjunto com os colegas de estágio, uma sessão de atividades de condição física. Assim sendo, a estagiária esteve presente em cerca de 52 sessões, com aplicação de 22 planos de sessão.

As sessões incidiram, essencialmente, na desconstrução das etapas de jogo onde foram trabalhadas questões como: marcação/ desmarcação, técnicas de passe e de defesa e regras de jogo. Por norma, na última sessão sobre a modalidade, fazia-se um jogo/ torneio com todos os clientes (exemplo de plano de sessão no anexo F).

No que concerne à organização das sessões, visto que foi uma sessão dinamizada por muitos estagiários, foram definidas previamente as atividades que cada elemento ia dinamizar. Desta forma, enquanto um ficou responsável por explicar as atividades, os restantes ficaram a organizar os espaços, a selecionar os materiais necessários e/ ou a auxiliar os clientes quando necessário, nomeadamente, quando estes estavam divididos em grupo.

De uma maneira geral, com este grupo pretendeu-se criar momentos de bem-estar físico e mental, apelando à participação dos clientes em atividades desportivas. Através do jogo e de atividades desportivas trabalhavam-se, então, os objetivos estabelecidos para este grupo (tabela 13):

Tabela 13 Objetivos: Grupo de desporto adaptado

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Promover a motricidade global	Manter ou adquirir <i>skills</i> motoras relativas às modalidades praticadas; Melhorar ou manter os parâmetros de condição física (e.g. força, agilidade e flexibilidade);
Potenciar as funções executivas	Potenciar a capacidade de nomear e descrever atividades realizadas no quotidiano; Diminuir o tempo de reação em atividades de atenção; Identificar e arranjar estratégias para resolver situações de jogo; Colaborar com os colegas na realização de tarefas sociais;
Promover competências sociais	Respeitar as regras inerentes às modalidades praticadas; Verbalizar com os colegas de equipa durante as atividades com o intuito de as concluir de maneira eficaz;

No final do processo terapêutico verificaram-se melhorias na postura e nos comportamentos dos clientes, sobretudo em situação de jogo. Contudo, continua a existir a necessidade de insistir sobre estes aspetos. Estes resultados, vão ao encontro do mencionado pela literatura que afirma que intervenções neste âmbito além de promoverem a aptidão física, têm também uma influência positiva nos domínios psicológicos e sociais (Asonitou et al. 2018; Bartlo e Klein, 2011; Cardoso, 2011; Gündendi e İlhan, 2017).

Em relação à prestação motora, continua a ser importante trabalhar as questões inerentes ao jogo, nomeadamente a marcação/ desmarcação e regras de jogo.

II.3.6 Grupo de caminhadas

Às terças e quintas-feiras de manhã decorreram as caminhadas com os clientes das unidades A e B. Estas contaram com a presença fixa de 9 clientes, e sempre que possível, foram convidados outros clientes para usufruírem das caminhadas e/ou auxiliarem os colegas com mais dificuldades. Os estagiários de licenciatura, sempre que possível, também ajudavam neste apoio.

As caminhadas tiveram uma duração entre 15 a 20 minutos, dependendo da condição física dos clientes, sendo a primeira caminhada realizada com o grupo mais independente (em termos de marcha), e a segunda com os clientes que necessitavam de maior apoio físico.

O apoio com este grupo foi essencialmente de um para um, ou um para dois, de forma a prevenir quedas e/ ou controlar comportamentos inapropriados (e.g. fugas, comportamentos obsessivos).

As caminhadas foram realizadas sempre que o tempo permitia e sempre que havia algum profissional que pudesse acompanhar e supervisionar os estagiários. De forma a criar uma rotina nos clientes e para fomentar um sentimento de confiança/ segurança, os percursos realizados foram (na sua maioria) sempre os mesmos.

De uma maneira geral, nos dias de chuva, as caminhadas foram substituídas por sessões no ginásio, onde se fizeram atividades que tinham como objetivo potenciar a mobilidade (e.g. percurso de obstáculos).

Num total, a estagiária esteve presente em cerca de 78 caminhadas e, tinha como principal função, auxiliar os clientes com menos independência na marcha e incentivar física e verbalmente os clientes.

II.3.7 Grupo de natação adaptada

Às quartas-feiras de manhã decorreram as sessões em meio aquático, onde houve a oportunidade de contactar com 13 clientes da sede (unidades B e C) e 8 clientes do polo do Pendão.

Os 21 clientes foram divididos em dois grupos distintos, tendo em conta as capacidades/competências em meio aquático, assim sendo, no primeiro grupo as atividades focavam-se essencialmente em atividades de adaptação ao meio aquático e no segundo a técnicas de natação adaptada.

As sessões tiveram a duração de 40 minutos, distribuídos da seguinte maneira:

Tabela 14 Organização das sessões de natação adaptada

Momento	Descrição/Tipo de atividades realizadas	E.g. de atividades	Tempo
Aquecimento	Exercícios de ativação e adaptação ao meio aquático com diferentes tipos de deslocação;	Corrida; Andar de Lado;	5-10'
Parte fundamental	Atividades delineadas de acordo com os objetivos traçados, incidindo sobre técnicas de natação, atividades de carácter psicomotor, jogos lúdicos e/ou atividades de cooperação e competição;	Crawl, Nadar de costas; Apanhar argolas, lançar bolas para o campo adversário;	20-25'
Momentos Final	Últimos minutos da sessão reservados para atividades livres e/ou atividades mais calmas;	Passar por dentro de um arco; Golfinhos;	5'

Após as sessões em meio aquático, os clientes dirigiam-se para os balneários, e sempre que necessário prestava-se apoio aos clientes, que necessitavam de ajuda nas tarefas de vida diária (e.g. vestir/ despir, secar costas...).

Relativamente aos grupos, estes eram diferentes entre si. O primeiro necessita de maior ajuda física e de mais feedbacks, tanto positivos como corretivos. Neste grupo a estagiária apoiava uma cliente do polo do Pendão e/ou a um cliente da sede, que iniciou a intervenção em meio aquático em janeiro.

Este apoio foi de um para um e teve como objetivo auxiliar os clientes na realização dos exercícios propostos, facilitando o processo de adaptação ao meio aquático. Com estes dois clientes, mais do que noutros contextos, foi imprescindível a criação de uma relação terapêutica visto que é um ambiente mais desafiante e onde estes se sentem menos à vontade.

Com o primeiro grupo, as atividades incidiam na adaptação ao meio, com recurso a atividades lúdicas (e.g. atirar bolas para o campo do adversário) e atividades que visavam a aquisição de técnicas de nado.

Por sua vez, o segundo grupo é um grupo mais independente, onde foi apenas necessário corrigir aspetos relativos aos movimentos executados. Com este grupo as atividades centravam-se, essencialmente, em atividades que promoviam a resistência cardiorrespiratória, a condição física dos clientes e a aquisição de técnicas de natação (deslocações, mergulhos...).

No que se refere aos objetivos, a natação adaptada do CAO do C.E.C.D. tem como intuito:

- Promover a resistência cardiorrespiratória;
- Fomentar momentos lúdicos e prazerosos;
- Estimular a coordenação motora global;
- Adquirir técnicas básicas de natação (e.g. mergulho, crawl, ...);
- Potenciar a interação com os pares;
- Melhorar o controlo postural;
- Estimular atividades de vida diária (de maneira indireta);

A estagiária teve a oportunidade de acompanhar os clientes em 24 idas à piscina, onde em duas dessas idas observou as sessões fora de água. As sessões foram dinamizadas e planeadas pelas TSEER, e contavam com a presença de duas auxiliares do Pendão (que auxiliavam nos balneários e dentro de água, sempre que necessário) e com a colega de licenciatura.

Neste contexto a estagiária não planeou nem dinamizou nenhuma sessão, contudo dava *feedbacks* verbais (positivos e corretivos) sobre técnicas de nado e apoio físico, sempre que necessário.

No final do processo de observação das sessões em meio aquático (e tendo como base só o que foi observado, uma vez que não foi realizada uma avaliação formal) em termos gerais o grupo manteve as competências inicialmente demonstradas.

Devido ao acompanhamento individual de uma cliente no 1.º grupo, a estagiária verificou que a cliente ao longo do processo terapêutico revelou uma maior confiança em meio aquático e, por isso, foram verificadas algumas melhorias no desempenho da mesma, por exemplo, ao nível das ajudas físicas bem como houve menos necessidade de reforçar o que tinha que fazer (e.g. bater as pernas).

Aspetos mais específicos no desempenho dos outros elementos do grupo não foram identificados uma vez que não foi possível fazer acompanhamento de um para um com todos os clientes. No entanto, é possível afirmar que tal como já mencionado, este meio parece ter um impacto positivo na autoestima e na motivação que depois se estendem para os níveis emocionais, sociais e cognitivos destes indivíduos (Freitas e Silva, 2010; Matias, 2005; Valesco e Bernini, 2011).

II.3.8 Reflexão geral sobre a intervenção em contexto grupal

Como supramencionado, a terapia psicomotora depende de um amplo conjunto de fatores como: o contexto onde a intervenção ocorre, a idade, o nível de maturidade, os gostos e as limitações dos clientes (Aragón, 2012; EFP, 2012). Esses aspetos, numa sessão de grupo, são fundamentais visto que, geralmente, nestas sessões se procura potenciar a comunicação, a socialização, as relações com os outros e desenvolver o sentimento de pertença no grupo (Aragón, 2012; Jiménez e Garcia, 2011).

Todavia, para que esses objetivos sejam atingidos, é necessário conhecer os elementos de cada grupo e perceber quais são as suas características e as suas limitações, e de que forma é que todas essas particularidades se conjugam. E por isso, com base no que foi descrito no capítulo anterior, pode dizer-se que cada grupo é único e o que resulta com um pode não resultar com outros.

Prova disso é que, sempre que possível, foram aplicados os mesmos planeamentos e os resultados obtidos foram sempre diferentes. Desta forma, pode dizer-se que a aplicação do mesmo planeamento resultou em muitos pontos positivos, nomeadamente: permitiu que fossem identificadas as dificuldades e as facilidades da tarefa para cada

grupo; possibilitou perceber que estratégias é que cada grupo usava para cumprir com o objetivo, podendo depois generalizar as estratégias para os outros grupos; e permitiu também conhecer um pouco mais sobre cada grupo e perceber de que forma é que se pode lidar com os clientes e com as suas dificuldades.

Relativamente às diferenças encontradas nos grupos, é importante identificar quais foram os principais desafios e as principais facilidades na intervenção com os diferentes grupos e nos diferentes contextos.

No que concerne ao grupo da condição física, se por um lado o planeamento das sessões foi mais fácil (devido à homogeneidade do grupo e ao facto de não existirem tantas limitações físicas e intelectuais), por outro havia uma maior necessidade de regular comportamentos e de diminuir os momentos de espera.

No grupo de estimulação cognitiva as dificuldades prendiam-se com a gestão de comportamentos no grupo dos mais velhos e a gestão da capacidade de atenção no grupo dos mais novos. No entanto, estes grupos facilmente aderiam e participavam nas tarefas propostas, mostrando-se sempre motivados.

Em termos pessoais, o grupo de “mobilidade e expressão” foi o mais desafiante, isto porque envolvia controlar múltiplos fatores, como, manipular cadeiras e dar apoio físico na manipulação das articulações, havendo, por isso, maior necessidade de gerir atenções, manter os clientes com menos dificuldades motivados e planejar tarefas que fossem de encontro das capacidades de cada cliente.

Relativamente ao grupo de “psicomotricidade e expressão rítmica”, como pontos positivos destaco o facto de ser um grupo que se entreajudava e que tinha em comum o gosto pela música e pelo movimento. Todavia, a maior dificuldade centrava-se na heterogeneidade dos elementos do grupo e no número de clientes que se tinha que gerir.

Por sua vez, o facto do grupo de desporto adaptado ter alguma destreza motora, as sessões serem planeadas e dinamizadas por três estagiários e as modalidades já estarem definidas *à priori*, foi mais fácil gerir todo o processo de intervenção. Com este grupo destaco positivamente a possibilidade de discutir os planeamentos com os outros estagiários, pois nestes momentos foram ouvidas e confrontadas diferentes opiniões, o que possibilitou uma nova visão sobre a prática do psicomotricista e também sobre as necessidades dos clientes.

Em relação às caminhadas (i.e., grupo de mobilidade), inicialmente, a principal preocupação centrava-se nos apoios que eram necessários dar aos diferentes clientes de forma a evitar quedas, contudo essa preocupação foi sendo minimizada com a prática.

No que respeita aos contextos de intervenção fora da instituição (i.e., meio aquático e equitação terapêutica), realço a importância que estes têm junto da população abrangida pelo C.E.C.D. Nestes contextos, foi possível observar os clientes de outra perspetiva, permitindo verificar que as ideias que nós temos sobre as suas capacidades/limitações nem sempre correspondem às reais competências dos mesmos.

Ambos os contextos foram surpreendentes para mim, mas de maneiras distintas. A equitação terapêutica porque não tinha qualquer experiência com o meio, e os conhecimentos teóricos que tinham também não eram suficientes, e deste modo, houve necessidade de procurar saber mais. Contudo o facto de o *Opaddock* ter facultado os planeamentos e a disposição dos materiais para as sessões facilitou.

Por sua vez, já tinha tido alguma experiência no meio aquático e achei que o processo de adaptação ao contexto fosse mais fácil, mas na verdade, senti que precisava de relembrar conhecimentos adquiridos durante a licenciatura e consolidá-los com a prática, nomeadamente no que concerne aos apoios físicos. Outra das dificuldades sentidas foi na correção de técnicas de nado (e.g. crawl), visto que estes conhecimentos não fizeram parte dos conteúdos académicos. Todos estes aspetos, aliado ao facto de ser um ambiente com muito ruído e que exige o dobro da atenção, fez com que este contexto fosse um dos mais desafiantes a nível pessoal.

Por tudo já mencionado, destaco positivamente a oportunidade que tive em experimentar os diversos contextos de intervenção, uma vez que proporcionou um vasto conjunto de conhecimentos, que me permitiu crescer tanto profissional como pessoalmente. Um dos principais aspetos onde senti que evoluí, foi na criação de uma relação terapêutica, sendo que com o tempo comecei a identificar aspetos da personalidade de cada cliente e a identificar os seus interesses. E, sinto também que melhorei a capacidade de observar e controlar vários fatores durante a sessão, nomeadamente, gerir conflitos, comportamentos, focos de atenção, gerir o tempo, etc.

Apesar de não considerar a avaliação formal como algo essencial (devido aos fatores apresentados no capítulo II.2.3.), penso que avaliar os diferentes grupos poderia ser uma mais valia para este relatório, visto que facultava dados mais precisos sobre as possíveis evoluções. No entanto, independentemente de não ter sido formalizada a avaliação, os resultados obtidos por observação são positivos.

No que se refere ao plano de intervenção, devido à heterogeneidade dos grupos e ao número de clientes por sessão, houve uma maior dificuldade em estabelecer objetivos. Ainda assim, de uma maneira geral, considero que no final, os objetivos foram adequados a todos os clientes.

Durante o processo interventivo, saliento a importância de se seguir sempre a mesma estrutura de sessão (visto que potencia o sentimento de confiança e de segurança), e de perguntar aos clientes o que eles gostavam de fazer numa próxima sessão, pois fomenta o sentimento de que as suas opiniões também são relevantes, aumentando assim, a motivação e a persistência nas tarefas.

Por fim, resta dizer que o facto de as orientadoras se irem retirando das sessões e de me darem autonomia e independência para implementar os planos de sessão, possibilitou ultrapassar os receios iniciais e de arranjar estratégias próprias para superar os imprevistos.

Concluída a descrição da intervenção com todos os casos de grupo, no capítulo seguinte será descrito o processo interventivo com o estudo de caso.

II.4 Estudo de Caso

Neste capítulo será descrito o estudo de caso do Alberto, nome fictício, bem como todo o processo inerente à sua intervenção psicomotora, nomeadamente a avaliação, o plano de intervenção e a descrição das sessões.

Todavia, antes de proceder à caracterização do jovem é importante referir os aspetos que contribuíram para a escolha do Alberto como estudo de caso:

- O facto de ser um jovem extremamente social e, por isso, foi fácil estabelecer uma relação empática logo nos primeiros contactos;
- É um jovem da mesma geração da estagiária, o que facilita a identificação dos interesses e as necessidades do mesmo;
- É um dos clientes do C.E.C.D. que mais beneficiaria com a intervenção individual, uma vez que este tem dificuldades em focar a sua atenção, e em sessões de grupo o número de estímulos é maior;
- É um cliente da unidade B, logo, não é um cliente que apresente muitas dificuldades como os clientes das unidades A, nem um cliente que seja muito autónomo como os da unidade C;

- Frequenta vários contextos de intervenção, e assim a visão do indivíduo não se centra apenas no contexto da intervenção individual. Ou seja, é possível ter uma visão global do indivíduo.

II.4.1 Caracterização do Alberto

O Alberto é um jovem com 22 anos (em janeiro 2019), diagnosticado aos dois anos com Síndrome de Williams, que frequenta o CAO do C.E.C.D. Mira-Sintra há cerca de cinco anos.

Devido à mutação genética, este jovem adulto apresenta um aspeto ectomorfo, face alongada, nariz pontiagudo, orelhas salientes e lábios carnudos com má oclusão dentária, além de que a sua baixa estatura faz com que pareça mais novo do que realmente é. Para resolver o problema dentário, atualmente usa aparelho ortodôntico.

O Alberto é descrito pelos pais e técnicos como um jovem simpático, meigo, e muito comunicativo, mesmo com desconhecidos. Gosta de música (sobretudo de Bruno Mars e Justin Bieber), atividades motoras, tecnologias/gadgets, pintar, e de ver programas infantis/juvenis (como, por exemplo, os *Power Rangers*, as *Tartarugas Ninjas* e super-heróis).

No que à família diz respeito, o Alberto aparenta viver num ambiente familiar estruturado. Vive com os pais e os dois irmãos e, apesar de não viver com os seus avós, este mantém uma relação próxima com os mesmos. Os pais são bastante presentes, colaborantes e atentos ao seu filho. Revelando, todavia, alguma ansiedade em relação ao que o futuro lhe reserva.

II.4.1.1 Anamnese/Historial clínico

O Alberto nasceu de parto natural, em outubro de 1996, e logo lhe detetaram um sopro cardíaco. Durante a gravidez a mãe aumentou pouco o seu peso e andava muito atarefada, contudo associaram a falta de peso ao stress e não a uma condição genética.

Enquanto bebé, o presente estudo de caso começou a falar na altura esperada para a sua idade, a segurar a cabeça e a sentar aos 12 meses, e a andar sozinho aos dois anos e meio.

Após a aplicação da escala de Ruth Griffiths, no hospital S. Francisco Xavier, constatou-se que o Alberto apresentava um atraso global de desenvolvimento. Tal diagnóstico deveu-se ao facto de a criança não ser capaz de fazer cópias de figuras simples, a audição e a linguagem estarem aquém da idade cronológica, a motricidade

global ser pouco harmoniosa e serem também visíveis dificuldades em tarefas que exigiam coordenação, flexibilidade e equilíbrio, bem como em áreas de realização (e.g., puzzle). Além dos problemas cardíacos supramencionados, o Alberto apresentava um atraso na idade óssea e hipotonia muscular.

Ao longo do seu desenvolvimento, este jovem foi seguido em consultas de cardiologia, genética, desenvolvimento e de medicina geral e familiar.

Em termos psicopedagógicos, o Alberto foi acompanhado pela ama a partir dos seis meses, entrou na creche aos 18 meses e aos três anos de idade, com a passagem para o jardim-de-infância, foi encaminhado para a vertente de ensino especial (EE). Aos sete anos entrou na escola, tendo continuado a ser acompanhado pelo serviço de EE-CRI, do C.E.C.D.

Em 2013, a família procurou novas soluções para o jovem, uma vez que este já tinha 16 anos e eram necessárias novas respostas para a sua situação. Por essa razão, em fevereiro desse mesmo ano, o Alberto entrou na vertente CAO, do C.E.C.D., no grupo B5. Contudo, devido à sua imaturidade e às dificuldades de integração, passou a frequentar o grupo B3. No grupo B3, este faz pasta de papel, desenhos, recortes, entre outros.

Atualmente, frequenta, além das sessões de psicomotricidade, o karaté, a equitação terapêutica e sessões de TO, CG/ TIC e AMA.

Dos vários contextos que frequenta, é nos apoios individualizados que demonstra uma maior motivação e um maior foco. Talvez, devido às dificuldades manifestadas em trabalhar em equipa/grupo e em respeitar a privacidade dos outros. No entanto, ao longo do tempo tem-se vindo a verificar uma melhor assertividade e um mais frequentemente respeito pela organização das sessões. Ainda assim, necessita de algum apoio verbal na sequencialização das tarefas.

No seu PIPA, é relatado o interesse deste jovem em participar em *ateliers* de música e karaoke, de sentir e criar, e em frequentar colónias de férias e o grupo de jardinagem. Por sua vez, os pais procuram que o Alberto adquira uma melhor noção temporal, seja mais independente e tenha uma maior noção das relações interpessoais, dos limites e das regras.

Relativamente às competências globais, o Alberto é independente na alimentação, higiene e vestuário, e revela competências intermédias em áreas como o cálculo, a memória, a noção de regras e a interação com os outros. Em áreas como o manuseamento

do dinheiro, leitura, transportes, resolução de problemas e autodeterminação, necessita de um maior apoio.

No que concerne a características comportamentais, releva ser um jovem adulto muito sociável (sendo, no entanto, demasiado familiar com estranhos) e apresenta labilidade no humor. Todavia, aparenta ter algumas dificuldades ao nível da atenção e na adequação das conversas ao mundo real. Necessitando ainda de um maior apoio verbal no que se refere a comportamentos de interajuda, cooperação, iniciativa e persistência na tarefa.

Tendo em conta todas estas informações, obtidas pela consulta do processo e do PIPA do Alberto e pela observação feita pela estagiária em momentos formais e informais, selecionaram-se os instrumentos de avaliação e deu-se início ao processo de avaliação, que será descrito em seguida.

II.4.2 Avaliação Inicial

A avaliação inicial do Alberto decorreu no ginásio e na sala de audiovisuais, nos dias 9, 10 e 17 de janeiro de 2019, tanto no período da manhã como no período da tarde, tendo cada sessão a duração máxima de 60 minutos.

Durante o período de avaliação inicial, o Alberto esteve colaborante e empenhado nas atividades. No entanto, é de referir que no segundo dia de aplicação, este esteve mais sonolento e com mais dificuldades em focar a sua atenção nas tarefas e, por essa razão, alguns itens foram repetidos no 3.º dia.

Para este cliente aplicaram-se itens de quatro instrumentos, nomeadamente: a Bateria Psicomotora [BPM], o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky – versão reduzida (*Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency* [BOT]), o *Cognitive Assessment System* [CAS] e o Exame Gerontopsicomotor [EGP]. Estes instrumentos encontram-se caracterizados no anexo G.

Relativamente à BPM, foram aplicados os itens referentes aos fatores psicomotores do equilíbrio, lateralização, noção corporal, estruturação espaciotemporal [ETT], praxia global e praxia fina. Esta escolha baseou-se no facto de:

- através da observação informal, ter sido possível inferir que o equilíbrio e a noção corporal são as áreas mais fortes deste indivíduo. Pretendendo-se, desta forma, evitar que o jovem se sinta frustrado durante a aplicação da prova e a avaliação não recaia apenas sobre as áreas a desenvolver;

- os pais mencionarem no PIPA do Alberto, a EET como uma das áreas que estes pretendiam ver desenvolvida;
- ao nível da lateralização, ser necessário perceber se o Alberto tinha uma lateralização cruzada, visto que a literatura refere que na SW existem dificuldades em diferenciar a esquerda da direita e em definir a preferência manual, e que este fator psicomotor tem um papel relevante na capacidade de aprendizagem (Neto et al., 2013; Semel e Rosner, 2013).
- a literatura refere que as praxias são das áreas com mais dificuldade da população com SW (Semel e Rosner, 2013).

O único fator psicomotor da BPM não avaliado foi a tonicidade, uma vez que, como já mencionado, devido às características da síndrome, o Alberto apresenta um perfil hipotónico.

Com base nos resultados obtidos na BPM, é possível verificar que o Alberto apresenta como áreas fortes o equilíbrio, a noção corporal e a lateralização. Por sua vez, as praxias global e fina e a EET apresentam os valores mais baixos.

No que concerne ao BOT, foram aplicados os itens de precisão e integração motora fina e de coordenação dos membros superiores. Apesar destas áreas avaliarem competências também presentes na BPM, os itens deste instrumento em concreto permitem retirar informações mais específicas, e a faixa etária de aplicação fica mais próxima da idade do Alberto do que a BPM. Após a aplicação dos itens do BOT, constatou-se que não foram visíveis grandes dificuldades.

Uma vez que, através de observação informal se verificou que o Alberto tinha dificuldades em focar-se nas tarefas, decidiu-se então aplicar os três itens do CAS referentes ao processo de atenção: atenção expressiva, deteção de números, e atenção recetiva. Estas provas permitiram avaliar, mais especificamente, a atenção seletiva, a capacidade de reorientação da atenção e a resistência à distração. É ainda de referir que, como o Alberto não sabe ler, foram aplicados os itens da escala dos 5-7 anos e, por essa razão, a cotação não pôde ser comparada com a média.

No entanto, neste teste o Alberto apresentou dificuldades no terceiro item da atenção expressiva (acertando 10 em 40), o que pode indicar dificuldades na inibição de uma resposta automática (Cruz, 2007); na prova de deteção de números, não foram visíveis grandes dificuldades o que sugere que este é capaz de evitar estímulos distrateis. E por fim, no subteste da atenção seletiva demonstrou maiores dificuldades na prova de sublinhar os pares da mesma família.

Por forma a concluir o processo de avaliação, foram ainda aplicados os itens de memória do EGP. Optou-se por se avaliar esta área, porque, tal como já foi referido, existem aspetos divergentes na memória de trabalho de indivíduos com SW (O’Hearn et al., 2008). No entanto, o Alberto não demonstrou grandes dificuldades ao nível da memória, tendo até atingido pontuações máximas na maioria das tarefas avaliadas.

Os resultados obtidos pela aplicação destes instrumentos de avaliação e a análise dos mesmos encontram-se no anexo H.

II.4.3 Plano e objetivos terapêuticos

Através dos dados obtidos pelas avaliações formal e informal, foi possível verificar quais as áreas fortes e quais as áreas a potenciar do Alberto (Tabela 15):

Tabela 15 Áreas fortes e áreas a potenciar do Alberto

Domínios	Áreas fortes	Áreas a potenciar
Domínio Psicomotor	Equilíbrio (estático e dinâmico)	Estruturação espaço-temporal
	Sentido cinestésico	Reconhecimento direita/esquerda Praxias global e fina
Domínio Cognitivo	Memória Percetiva	Capacidade de centrar a atenção na tarefa
		Resolução de problemas Evocação diferida
Domínio Socioafetivo	Comunicação verbal	Identificação de novos interesses
	Interesse por música	Expressar opiniões

Assim sendo, e tendo por base essas áreas fortes e áreas a potenciar, foi possível estabelecer os objetivos de intervenção (presentes na tabela 16).

Tabela 16 Plano de intervenção - objetivos e sua justificação

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Importância na Vida diária
Funções Executivas	Melhorar a atenção/concentração	Identificar as etapas necessárias para a realização de tarefas; Nomear os materiais necessários para a realização de tarefas; Concentrar-se integralmente em tarefas sem fuga de pensamento;	As funções executivas são essenciais em quase todas as tarefas do dia-a-dia, por isso torna-se importante estimulá-las para que o Alberto seja capaz de se organizar, de se adaptar a novas situações, de ser capaz de fazer recados, entre outros. Além disso, as funções executivas podem ter uma influência positiva no comportamento adaptativo e social, visto que tem um papel fundamental na capacidade de planeamento e de inibição (Menghini et al. 2010).
	Potenciar a capacidade de resolução de problemas	Selecionar e organizar informação relevante para tomar decisões; Solucionar um problema simples fazendo uso do raciocínio lógico;	
	Melhorar a memória a curto prazo	Aumentar a capacidade de nomear e descrever atividades realizadas no quotidiano; Memorizar um conjunto de informações referentes a um objeto e manipulá-lo de acordo com um referencial visual e espacial;	

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Importância na Vida diária
EET	Potenciar a organização temporal e espacial	Situar-se a si e aos objetos no espaço; Seguir orientações e comandos; Situar-se no tempo (dia, semana, mês...);	Objetivo que os pais queriam ver trabalhado. Este objetivo é necessário na medida em que permite ao Alberto ser mais autónomo na organização e gestão do seu tempo e espaço;
Competências sociais e pessoais	Melhorar a capacidade de expressão oral	Conversar sobre um tema do seu interesse, sem desvios comunicacionais; Identificar e verbalizar os seus interesses; Identificar e verbalizar novos interesses;	Importante na medida em que o Alberto tem um discurso repetitivo e nem sempre consegue expressar o que quer dizer, o que influencia as relações sociais;
Praxias	Melhorar ou manter a praxia global e fina;	Melhorar a coordenação motora fina, promovendo a planificação e análise dos movimentos (e.g. ligar os pontos); Potenciar a capacidade de realizar atividades de coordenação global e visomotora (e.g. saltos, corrida, tiro ao alvo...);	Necessário nas habilidades motoras fundamentais, imprescindíveis por exemplo no karaté (que é uma das áreas que mais gosta). Além disso, auxilia o Alberto nas tarefas de autocuidado (e.g. banho).

II.4.4 Processo Terapêutico

O Alberto foi acompanhado pela estagiária em quatro momentos distintos: na equitação terapêutica, no Karaté adaptado, nas sessões de estimulação cognitiva e em duas sessões individuais, em contexto de sala e de ginásio. O horário encontra-se descrito na tabela 17:

Tabela 17 Horário de intervenção psicomotora com o Alberto

	2.ª Feira	3.ª Feira	4.ª Feira	5.ª Feira	6.ª Feira
9:00-10:30	Equitação Terapêutica				
10:30-12:00		Karaté Adaptado			Individual
13:15-14:15			Individual		
15:00-16:00			ECOG		

No total a estagiária contactou com o Alberto em:

- 15 sessões individuais realizadas em contexto ginásio e sala, tendo iniciado os planeamentos a 22 de fevereiro e terminado a 8 de maio de 2019;
- 12 sessões de equitação terapêutica, das quais 11 foram dinamizadas pela estagiária (os planeamentos eram propostos pela escola de equitação, contudo as sessões foram adaptadas às características e necessidades do cliente), tendo a primeira ocorrido no dia 28 de janeiro de 2019;

- 13 sessões de estimulação cognitiva em grupo (este grupo sofreu alterações tanto na constituição, como no horário, por essa razão o horário das sessões coincidiu com o atelier de cinema no qual o Alberto estava inscrito);
- 16 aulas de karaté adaptado.

II.4.4.1 Sessões Individuais

Devido à necessidade de articulação dos espaços com a estagiária da licenciatura de Reabilitação Psicomotora, as sessões com o Alberto organizaram-se do seguinte modo:

- Quartas-feiras: sessão em contexto de sala, com atividades sobretudo de carácter cognitivo (e.g. de plano de sessão no anexo I com a respetiva reflexão);
- Sextas-feiras: sessões em contexto de ginásio, com atividades tanto de carácter motor como cognitivo (e.g. de plano de sessão no anexo J com a respetiva reflexão);

Mas, independentemente do contexto, as sessões seguiram sempre a mesma estrutura, como observável na tabela 18. Mais se acrescenta que, estas foram sempre elaboradas de acordo com os interesses e necessidades do jovem e adaptadas aos objetivos inicialmente estabelecidos. Assim sendo, foram abordados os seguintes temas: música, nomeadamente, Bruno Mars; *Power Rangers* e Tartarugas Ninja; animais; Jogos Olímpicos de Verão e de Inverno; profissões; Páscoa; e atividades sensoriais.

A definição de um tema para a sessão revelou-se importante, não só porque permitia dar objetivo e propósito à mesma, como também apelava à participação, à persistência na tarefa e à motivação durante o processo terapêutico. Uma vez que o Alberto apresentava algumas dificuldades ao nível da adequação das conversas ao mundo real e se centrava demasiado nos seus interesses, vivendo-os muitas vezes como se fossem reais, os temas das sessões foram também organizados por forma a evitar que tal acontecesse. Posto isto, numa semana abordava-se um tema cuja envolvência era maior (e.g., Power Ranger) e na semana seguinte incidia-se sobre outro cuja envolvência era menor (e.g., animais).

Tabela 18 Sessão-tipo individual

Momento	Descrição/Tipo de atividades realizadas	Exemplo de atividades	Tempo
Conversa inicial	Momento inicial onde se questionava sobre como é que o Alberto se sentia, o que tinha feito naquele dia, que dia era e o tema que se tinha abordado na sessão anterior;		2 – 5'
Parte fundamental	Realizadas atividades cognitivas e/ou motoras, seguindo uma organização sequencial e lógica;	Biografia do Bruno Mars; História do Ranger Vermelho;	30-45'
Momento final	Momento reservado para a identificação de interesses, autonomia e retorno à calma, onde o Alberto podia escolher uma atividade para fazer;	Ouvir música; Jogar futebol;	5'
Conversa final	Diálogo final, onde se revia o que tinha sido feito na sessão (apelo à memória), se questionava o que mais e menos tinha gostado e se identificavam as maiores e as menores dificuldades sentidas.		5'

Centrando-nos agora mais especificamente nas atividades desenvolvidas, estas foram orientadas por forma a que o Alberto conseguisse alcançar os objetivos inicialmente traçados, destacando-se: atividades que potenciavam a atenção (e.g., “Quem é quem”; “O x manda”); atividades cognitivas que apelavam à memória e à resolução de problemas (e.g., puzzles; cubo de rubik adaptado para ginásio); jogos de orientação para estimular a EET, tanto no espaço como no papel (e.g., ouvir um som e procurar a imagem no espaço; ligar os pontos); atividades que estimulavam a coordenação e as competências motoras.

Relativamente às estratégias usadas com o Alberto, na maioria das vezes resultou o reforço visual e os feedbacks corretivos, interrogativos e positivos, associados ao uso de linguagem simples e objetiva (em todas as sessões e contextos). Contrariamente, estratégias como a simplificação das tarefas não foram usadas com frequência.

II.4.4.2 Equitação Terapêutica

A equitação com fins terapêuticos decorreu no picadeiro coberto do Clube Equestre de Janas, mais especificamente o “paddock”. A acompanhar as sessões da estagiária, estavam também a equitadora e a TSEER Susana Cunha.

A organização do espaço e a disponibilização dos materiais para as sessões ficava à responsabilidade da escola de equitação. Desta forma, a formanda sabia *à priori* que materiais tinha disponíveis naquele dia da sessão (plano de sessão - anexo K).

No que se refere à organização das sessões de equitação terapêutica, estas tinham uma duração média de 15 minutos e seguiam a estrutura presente na tabela 19.

Tabela 19 Sessão-tipo de equitação terapêutica

Momento	Descrição/Tipo de atividades realizadas	Exemplo de atividades	Tempo
1. ^a fase	Aproximação ao cavalo: cumprimento ao cavalo e à técnica do centro hípico; Montar.		2 – 3'
2. ^a fase	Aquecimento: exercícios que apelavam ao equilíbrio, à coordenação e ajustamento postural, e questões de orientação temporal; Exercícios de carácter cognitivo e motor; Última volta ao percurso com exercícios de retorno à calma.	Avião, rodar braços, dar uma festa no pescoço e garupa do cavalo; Colocar a bola verde no arco da mesma cor; lançar a bola numerada para o cesto correspondente;	10'
3. ^a fase	Apear; Despedimento do cavalo e da equitadora.		2-3'

É ainda de referir que, nos momentos em que os clientes esperavam pela sua vez, iam fazendo o maneio (i.e., escovar/limpar e alimentar) de um pónei.

Os planeamentos das sessões foram pensados pelas técnicas da escola de equitação e depois adaptados às necessidades de cada cliente. Por isso, em relação ao Alberto, os objetivos trabalhados neste contexto foram os mesmos traçados para as sessões individuais. Contudo, havia uma maior incidência de atividades que apelavam à diferenciação esquerda/direita, praxia global e atividades de associação.

Este tipo de intervenção parece ser proveitosa para o Alberto visto que esta influencia positivamente a coordenação motora, a função tónica, a cognição, a atenção/concentração, auxilia nas relações interpessoais, tendo uma influência positiva nas atividades de vida diária, características estas que o Alberto precisa de desenvolver (All, Loving e Crane, 1999; Jesus, s/d; Pauw, 2000, Zadnikar e Kastrin, 2011).

II.4.4.3 Sessões de Grupo

Focando-nos agora na componente grupal, o Alberto estava inserido no grupo de estimulação cognitiva dos utentes mais novos (grupo descrito no capítulo II.3.2). No entanto, em janeiro, este grupo sofreu uma reestruturação, o que levou a uma sobreposição de ateliers. Devido a tal, o Alberto participou em 13 sessões de ECOG e teve três dispensas (27 de março; 3 e 10 de abril) para ir ao atelier de cinema.

Os objetivos definidos para o grupo foram ao encontro dos objetivos traçados no plano individual do jovem. Contudo, neste contexto os aspetos relacionados com as competências sociais e pessoais foram mais valorizados.

II.4.4.4 Karaté Adaptado

As aulas de Karaté adaptado decorreram no Real Sport Clube e foram lecionadas pelo mestre José Ramalho. Neste contexto, a estagiária tinha como função auxiliar na correção dos movimentos, ao mesmo tempo em que observava o Alberto num contexto diferente do das sessões.

Neste âmbito, é ainda de salientar que, apesar da estagiária não ter influência nos planeamentos nas sessões, observando este desporto do ponto de vista psicomotor, o Karaté permite trabalhar competências presentes no plano terapêutico do Alberto, tais como: coordenação, movimentos precisos (praxia global), atenção, e estruturação espacial e rítmica.

II.4.5 Avaliação Final

A avaliação final decorreu nos dias 15, 20 e 22 de maio de 2019, no ginásio de desportos coletivos e na sala de condição física.

No primeiro dia da avaliação final, o Alberto mostrou dificuldades em centrar a sua atenção, dispersando com alguma frequência. Em conversa como o mesmo, este referiu que estava cansado, porque tinha dormido mal na noite anterior. Acrescentando ainda que não poderia demorar, uma vez que tinha atelier de cinema – apesar de se ter reforçado que este iria efetivamente ao cinema, o cliente continuou ansioso durante toda a sessão.

Pelas razões supramencionadas, e para não prejudicar a avaliação do Alberto, foram aplicados itens não direcionados para a componente da atenção, nomeadamente, aqueles presentes no BOT e alguns da BPM.

Nos restantes dias, foram aplicados os itens remanescentes, tendo o cliente estado no seu registo habitual, i.e., com alguns períodos de desatenção, mas colaborante, empenhado e persistente na tarefa. Os resultados obtidos na avaliação final e as diferenças entre avaliações encontram-se descritos nas tabelas 20 a 23.

Tabela 20 Avaliação Final Alberto- BPM

Fator Psicomotor	Item	Cotação	Média	AF – AI
Equilibração	Imobilidade	4	3,5	↑ 0,75
	Equilíbrio Estático			
	Apoio retilíneo	3		
	Ponta dos pés	4		
	Apoio unipodal (D)	3		
	Equilíbrio Dinâmico		3,7	↑ 0,2
	Marcha controlada	4		
	Evolução no banco			
	Para frente	4		
	Para trás	3		
	Lado direito	3		
	Lado esquerdo	3		
	Pé coxinho direito	4		
	Pé coxinho esquerdo	4		
	Pés juntos frente	4		
	Pés juntos trás	4		
	Pés juntos olhos fechados	4		
Lateralização		4	4	=
Noção Corporal	Sentido cinestésico	3	2,6	=
	Reconhecimento d/e	3		
	Autoimagem	3		
	Imitação dos gestos	2		
	Desenho do corpo	2		
EET	Organização	3	2,25	↑ 0,75
	Estruturação dinâmica	2		
	Representação topográfica	3		
	Estruturação rítmica	1		
Praxia Global	Coordenação oculomanual	2	2,25	↑ 0,25
	Coordenação oculopodal	2		
	Dismetria	3		
	Dissociação	2		
Praxia Fina	Coordenação dinâmica manual	1	1,33	=
	Tamborilar	1		
	Velocidade-precisão	2		

Analisando a diferença dos resultados obtidos entre as avaliações inicial e final da BPM, foi possível verificar melhorias no equilíbrio, EET, e praxia global.

No que concerne ao equilíbrio, este fator psicomotor não foi trabalhado vezes suficientes nas sessões individuais, de modo a que tal permita justificar a existência de melhorias. Contudo, é importante salientar que estas questões foram trabalhadas no karatê

adaptado e na equitação, embora de forma indireta. Bem assim, ao comparar os resultados das avaliações inicial e final constata-se que estas melhorias se verificam sobretudo nas subtarefas de *imobilidade*, *ponta dos pés* e *apoio unipodal*. Tais subtarefas exigem tempo de concentração/atenção, aspetos esses que foram trabalhados na maior parte das sessões. Por essa razão, pode inferir-se que as melhorias neste domínio, sobretudo nas subtarefas já mencionadas, devem-se ao aumento da atenção (aspeto verificado na tabela 22).

No que respeita aos itens da EET, na avaliação final verificaram-se melhorias nas subtarefas de *organização* e *representação topográfica*. Relativamente ao primeiro, e contrariamente à avaliação inicial, o Alberto foi capaz de realizar os três percursos e de ajustar a passada para concluir a tarefa com o número de passos pretendidos. Já no item de *representação topográfica*, apesar de ter realizado o percurso com alguma hesitação, o Alberto foi capaz de completar a trajetória inicialmente traçada. Na avaliação final desta subtarefa foi ainda possível observar o uso de estratégias por parte do jovem (algo que não se verificou na avaliação inicial), como, por exemplo: à medida que o percurso era desenhado, o Alberto olhava para os objetos da sala que lhe correspondiam. Todavia, e embora se tenha verificado uma ligeira melhoria neste parâmetro, tal nem sempre foi notório nas sessões. Na maioria das vezes, o Alberto dispersava a atenção e, por essa razão, nunca concluía a tarefa até ao fim. Além de que, durante as sessões em que se trabalhou este aspeto, foi necessário ajustar a atividade e usar estratégias, como a simplificação da tarefa, feedbacks positivos frequentes e pistas verbais.

Relativamente à praxia global, foram verificadas melhorias no parâmetro da *coordenação oculomanual*. Esta competência foi trabalhada, maioritariamente, nas sessões de equitação terapêutica e a sua progressão foi gradual, i.e., inicialmente, o Alberto demonstrava maiores dificuldades em adequar a força e velocidade impressas na bola, contudo, no final do processo terapêutico, os movimentos eram mais precisos, controlados e observava-se uma maior intencionalidade na ação. Ainda assim, é importante referir que apesar de se verificarem melhorias a este nível, continua a ser uma área a trabalhar.

Os restantes itens da BPM (lateralização, noção corporal e praxia fina) como não faziam parte dos objetivos terapêuticos delineados para o Alberto, não foram trabalhados vezes suficientes para se verificar mudanças significativas (apesar de terem sido abordados indiretamente).

Tabela 21 Avaliação final Alberto – BOT

Subteste	Itens	Cotação	AF-AI
Precisão Motora Fina	Labirinto	5 [Máx: 7]	↓ 2
	Dobrar Folha	1 [Máx: 7]	↓ 1
Coordenação dos membros superiores	Largar e apanhar a bola	5 [Máx: 5]	=
	Driblar a bola	7 [Máx: 7]	=

No que diz respeito aos itens avaliados no BOT (tabela 21), não foram verificadas melhorias. Tais resultados podem ser explicados por duas razões: (i) estas áreas não faziam parte dos objetivos terapêuticos e (ii) o Alberto mostrou dificuldades em focar-se nas tarefas propostas durante o primeiro dia da avaliação final (sessão na qual foram aplicados os itens do BOT).

Tendo estes dados em consideração e uma vez que estas não eram áreas prioritárias para a análise do processo terapêutico, além de que as alterações nos resultados não foram significativas, a mestranda optou por não repetir a atividade. Dando-se, assim, prioridade a outras áreas (avaliadas por instrumentos mais relevantes e também mais extensos).

Tabela 22 Avaliação final Alberto – CAS

Subteste	Pontuação convertida	AF-AI
Atenção Expressiva	5	↑ 3
Deteção de números	8	↓ 1
Atenção Recetiva	15	↑ 5

Relativamente ao CAS (tabela 22) verificaram-se melhorias nos parâmetros da *atenção recetiva* e *atenção expressiva*. No entanto, observou-se também uma ligeira descida nos resultados da prova de *deteção de números*. Tal permite inferir que o Alberto progrediu no controlo de respostas automáticas, na mudança de foco, e na resistência à distração. Sendo que, todos estes aspetos foram trabalhados nas sessões.

No que aos aspetos qualitativos diz respeito, verificou-se que, na avaliação final, o Alberto necessitou de menos tempo para realizar as tarefas, demonstrou ter mais estratégias (e.g., seguir a linha com o dedo) e as suas respostas foram, na grande maioria das vezes, mais precisas.

Tabela 23 Avaliação Final Alberto – EGP

Item	Tarefa/Subitem	Cotação	AF-AI
Memória Perceptiva	Evocação das cores	2 [Máx. 2]	=
	Evocação de posições	4 [Máx. 4]	↑ 0,5
Memória Verbal	Evocação imediata	2 [Máx.2]	=
	Momentos do dia	0 [Max.1]	↓ 1
	Evocação diferida	2,5 [Máx. 3]	↑ 1

Focando agora o EGP, foram verificadas melhorias nos itens de evocação de informação (i.e., evocação de posições e evocação diferida- tabela 23). Este aspeto foi trabalhado em todas as sessões, na medida em que, no final de cada sessão, o Alberto era questionado sobre o que tinha feito.

Ainda relativamente ao processo de avaliação, é de referir que, no final de cada sessão individual com o Alberto foi preenchida uma ficha de avaliação/monitorização de competências sociais (exemplo de uma ficha preenchida nos anexos I.1 e J.1). Esta ficha, que tinha como objetivo avaliar a participação, atenção, interação, iniciativa e capacidade de expressar opiniões do jovem em questão, permitiu, com o decorrer das sessões, observar variações em todos os parâmetros mencionados. Não obstante, foi no parâmetro da atenção que se constataram maiores alterações, nomeadamente nos dias em que o Alberto tinha atividades não habituais (e.g., festa de carnaval, atelier de cinema) os períodos de desatenção eram maiores.

Os parâmetros relativos à comunicação e à iniciativa tiveram também um aumento gradual, na medida em que, o Alberto, no final do processo terapêutico, demonstrou maior facilidade em expressar o que tinha ou não gostado, além de ter sido capaz de referir o que gostava de fazer, sem ser necessário reforço constante.

Em jeito de conclusão, e tendo em conta os resultados obtidos tanto na intervenção com o estudo de caso como nas intervenções de grupo, pode dizer-se que a intervenção psicomotora (quando bem formalizada) pode facilitar o funcionamento independente do indivíduo com dificuldades (Valente, Santos e Morato, 2017).

II.4.6 Reflexão Crítica sobre a intervenção com o Alberto

Finda a descrição do processo de intervenção com o Alberto torna-se pertinente refletir sobre alguns aspetos que se consideraram importantes ao longo deste período.

Como primeiro ponto, é possível destacar o facto de que o Alberto beneficiou de intervenções de carácter individual e de grupo, e por isso foi possível obter as vantagens

tanto das sessões individuais, como das sessões de grupo. Por outras palavras, o jovem beneficiou das sessões individuais onde foi possível adequar os temas/atividades aos gostos e necessidades do próprio, permitiu que o tempo de concentração fosse maior, sendo mais fácil redirecionar o Alberto durante as fugas de pensamento, diminuir os estímulos distráteis que podiam desencadear esse tipo de situações, bem como auxiliar na criação de uma relação empática e respeitar melhor os tempos/ritmos de aprendizagem do mesmo (Aragón, 2012; Bueno, 2016). Ao mesmo tempo, beneficiava de sessões de grupo que permitia potenciar a comunicação (Aragón, 2012), e tornava as sessões mais dinâmicas que as individuais, e onde o Alberto tinha oportunidade de se comportar de maneira mais espontânea, sem saber que era um dos focos da atenção.

Do ponto de vista pessoal, destaco a importância dos primeiros momentos do estágio, onde a foi possível observar o jovem em contexto natural, i.e., em momentos de lazer, durante o período de almoço ou noutro tipo de atividades terapêuticas, uma vez que permitiu conhecer o jovem em todas as suas vertentes, nomeadamente na maneira como ele se relaciona consigo mesmo e com os outros, sem a pressão de que estava a ser observado, permitindo assim que os seus comportamentos fossem mais espontâneos e naturais. Todos estes fatores contribuíram para que fosse possível estabelecer uma relação empática com o jovem, e permitiu ainda ajustar os objetivos terapêuticos e as atividades aos interesses e necessidades do mesmo.

A proximidade geracional, apesar de ter sido uma das minhas primeiras preocupações devido à possibilidade de o Alberto não me ver como figura de referência, foi um dos aspetos que considero que teve maior influência durante todo este processo, dado que facilitou a identificação de interesses e necessidades do jovem.

No que concerne ao planeamento das sessões, considero que as sessões de carácter individual foram, talvez, as sessões que envolveram um maior investimento pessoal, pois, apesar de alguns dos interesses do Alberto serem idênticos aos meus (e.g., gosto musical), existiram outros temas que envolveram maior pesquisa como, por exemplo, temas infantojuvenis como os *power ranger* ou tartarugas ninja.

Os temas por detrás de cada sessão também são uns dos fatores a considerar, visto que permitiu criar um fio condutor entre as sessões, proporcionando ao jovem um sentimento de segurança na medida em que sabia com o que esperar na sessão seguinte. No entanto, e por sugestão da orientadora de estágio, foi necessário ter cautela com os temas escolhidos, uma vez que como o Alberto tem dificuldades em adequar conversas ao mundo real, e isso poderia condicionar os outros contextos.

Contudo, e apesar de alguns temas serem infantojuvenis, é importante reforçar que se procurou, sempre, não infantilizar as sessões, i.e, o tema servia unicamente como elemento motivador, securizante e de ligação entre as atividades, mas as atividades foram planeadas consoante as capacidade e necessidades do Alberto

Ainda relativamente às sessões individuais, penso que houve um bom equilíbrio entre as atividades de carácter motor e as de carácter cognitivo. Embora as sessões motoras tenham corrido bem, em termos pessoais, foram as mais difíceis de planejar/gerir. Tal porque, como as sessões foram de um para um, sentia que havia uma maior necessidade e um maior esforço para que a sessão fosse mais dinâmica e menos monótona.

Saliento ainda que, apesar de haver um diagnóstico, procurei sempre não me deixar influenciar pelos aspetos mencionados na literatura sobre a SW, e assim sendo, foquei-me unicamente no que observava e no que considerava ser mais importante para o Alberto.

Como ponto negativo destaco o facto de terem sido definidos muitos objetivos para o número reduzido de sessões que se realizaram, por isso, e apesar de se terem focados todos os objetivos, foi necessário priorizar as áreas de intervenção que se consideraram mais importantes (e.g., funções executivas e EET). Ainda assim, com base nos resultados obtidos durante a avaliação final, foram verificadas ligeiras melhorias na maioria dos parâmetros.

Como ponto positivo realço ainda a importância da intervenção com o Alberto ter sido feita em autonomia, visto que são nesses momentos que descobrimos novas formas de ultrapassar os desafios e onde são arrançadas novas estratégias para contornar os imprevistos das sessões.

Apesar de saber que não existe um caminho certo durante todo este processo, fui-me questionando sobre se as minhas decisões eram de facto as mais acertadas, i.e., se a intervenção deveria passar por ali, se o meu trabalho estava a ser eficaz, se os objetivos traçados eram os mais acertados, se foram priorizados os objetivos corretos, se as atividades eram adequadas para atingir determinado fim, entre outras. No entanto, também sei que são as dúvidas que nos levam a procurar respostas, e são depois essas respostas (obtidas pela experiência ou mesmo pelos conhecimentos teóricos) que nos fazem crescer enquanto pessoas e enquanto profissionais.

Por isso e em jeito de conclusão, creio que, apesar de todas as minhas dúvidas e todos os meus receios, a intervenção com o estudo de caso foi algo benéfico e

enriquecedor tanto para mim como para o Alberto, onde foram ultrapassadas barreiras que não sabíamos que existiam e, no final de tudo, se retira o sentimento de que fizemos o nosso melhor.

II.5 Atividades Complementares

Além das atividades estipuladas no horário, houve a possibilidade de participar noutros momentos que contribuíram, ao longo do período de estágio, para a formação profissional da mestranda, nomeadamente:

- **Momentos de convívio/ Festas:** realizados nos espaços do C.E.C.D., proporcionando momentos de descontração e lazer dos clientes (e.g. festa de Halloween).
- **Grupo de Leopardos:** acompanhamento do grupo “os leopardos” a uma aula de ginástica na escola E.B. 2,3 Miguel Torga.
- **Workshop “Apoio ao luto: do processo à ajuda”** (15 de novembro): participação num workshop realizado pelo C.E.C.D., dinamizado pela formanda Ana Santos;
- **Workshop “Como trabalhar a atenção/ concentração”** (23 de novembro): participação num workshop organizado pela clínica do C.E.C.D. e dinamizado pelas profissionais Ilda Aguiar e Inês Anacleto.
- **Workshop sobre alimentação saudável:** participação num workshop realizado no C.E.C.D. e para os clientes do CAO com o intuito de explicar o que é a alimentação saudável.
- **Atividades com os alunos da PHLisbon:** auxílio na preparação de um peddy paper realizado a 2 de dezembro, para os alunos da PHLisbon virem conhecer o CAO.
- **Atividades com alunos da “OIS”:** acompanhar e auxiliar os clientes nas atividades desenvolvidas pelos alunos da *Oeiras International School*;
- **Apresentação de Karaté no reino natal:** Acompanhamento dos utentes à apresentação do trabalho desenvolvido pelo mestre José Ramalho numa feira de natal realizada na serra de Sintra.
- **Festa de Natal:** Festa realizada a 21 de dezembro nos espaços do colégio Vasco da Gama, com apresentações de música, de dança, entre outros.
- **Ida à fábrica:** acompanhar os clientes das unidades B, a uma fábrica para estes fazerem trabalho temporário (limpeza de peças e colagem de autocolantes).
- **Paddle Surf** (18 de janeiro): acompanhamento de 5 clientes (sede + Pendão) a uma atividade de paddle surf realizada em piscina.
- **Yoga** (28 de janeiro): participação numa sessão de yoga realizada para os clientes do grupo de jardineiros.

- **Pet Festival** (1 de fevereiro): acompanhamento de 17 clientes ao Pet Festival, para participação dos clientes em atividades com cães e apresentação do grupo de karaté.
- **PrimaverARTE:** acompanhamento dos clientes a um espetáculo realizado por alguns clientes do C.E.C.D., e participação do coro inclusivo;
- **II jornadas científicas da psicomotricidade** (12 e 13 de abril): participação nas jornadas científicas da psicomotricidade, e exposição de um poster intitulado “A utilização da nintendo Wii e Wii Fit Plus como recurso da intervenção psicomotora na população idosa”.
- **Planeamento de sessões com o grupo de condição física da unidade B:** durante a reestruturação do horário, foram planeadas e dinamizadas três sessões com um grupo de condição física constituído por clientes da unidade B.
- **Almoços:** auxílio no refeitório (e.g. cortar fruta; arranjar carne/peixe...). Este momento permitia não só ajudar todos os colaboradores do C.E.C.D, como também identificar possíveis necessidades dos clientes, para que posteriormente fossem trabalhadas essas questões em sessão de forma a torna-los mais autónomos e independentes.

Conclusão

A experiência de estagiar no C.E.C.D. culmina com a elaboração deste relatório, cujo objetivo se prende com a descrição das vivências e das atividades desenvolvidas pela mestrandia, no âmbito da reabilitação psicomotora, tendo em vista as áreas de funcionalidade e qualidade de vida de cidadãos adultos com DID e/ou multideficiência. Contudo, reduzir uma experiência tão enriquecedora como esta a um conjunto de páginas é algo difícil de fazer, se não mesmo impossível.

A escolha do estágio não foi tão óbvia como me parece agora, vista de fora. Sabia o que não queria, mas o que queria ainda era algo incerto. No entanto, considero que as melhores escolhas são aquelas que nem imaginamos ser as certas e que, mais tarde, se revelam como sendo a escolha mais adequada.

Entrei no C.E.C.D. de espírito aberto, embora reconheça que, inicialmente, a minha timidez não o tenha demonstrado. Porém, entrei com vontade de ser melhor a cada dia que passava e com a certeza de que aquele ambiente seria rico em aprendizagens.

Nesta instituição aprendi a importância de saber observar, de experimentar antes de aplicar, de me pôr no lugar dos outros. Fui confrontada com a realidade prática do que é ser psicomotricista e percebi que as competências a desenvolver, mencionadas pela literatura, como, por exemplo, a capacidade de escuta, saber comunicar, ajustar estratégias, ajustar-me a diferentes contextos e mostrar disponibilidade (Rodriguez e Llimares, 2001; Llauredó, 2005; Olalla e Llauredó, 2006), são essenciais para que os objetivos a que me propus fossem concretizados.

Constatei, uma vez mais, que os conhecimentos teóricos são insuficientes e que é importante investir na minha formação, sendo que essa tem de ser contínua. Reforcei a ideia de que um trabalho não se faz sozinho e que uma equipa multidisciplinar é fundamental.

Todavia, todos estes conhecimentos só foram possíveis porque, durante todo este percurso, fui confrontada com diferentes desafios e isso fez com que fosse questionando e refletindo sobre a minha prestação.

Por isso, e com o aumento do grau de autonomia, foram também aparecendo dúvidas que tiveram de ser assumidas, refletidas e ultrapassadas, nomeadamente: “Será que os instrumentos de avaliação que selecionei para avaliar o estudo de caso são os adequados?”; “Será que os clientes me vão ver como figura de autoridade?”; “Aplico ou não os mesmos planeamentos aos diferentes grupos?”; “Qual a linha que separa uma

atividade adequada, de uma atividade infantil?"; "Como é que defino objetivos para grupos tão heterogêneos?"; "Faço um planeamento demasiado estruturado ou defino só as ideias principais e depois vou adequando consoante o *feedback* dos clientes?"; "Será que os objetivos que planeei, são, de facto, importantes para o indivíduo?"

E apesar de não ter arranjado respostas para todas estas questões, a verdade é que estas dúvidas me fizeram alargar conhecimentos, e compreender melhor que, independentemente de tudo, não existe uma resposta universal.

Porém, este percurso não foi feito só de dúvidas, foi feito também de dificuldades. Destaco, aqui, a dificuldade inicial em perceber o discurso dos clientes, a gestão das diferentes personalidades e dos diferentes comportamentos dos utentes (em contexto grupal), bem como a complexidade em adequar as atividades às necessidades e interesses de cada elemento do grupo de intervenção. Realço também a dificuldade inicial em gerir e organizar o tempo, sobretudo nas sessões motoras com o estudo de caso - visto que nem sempre o que foi planeado foi suficiente para os 60 minutos de sessão. O mesmo se verificou com o estabelecimento de objetivos, que foram muitos para o curto período de estágio e, por essa razão, houve necessidade de priorizar objetivos.

Independentemente de todas as dificuldades sentidas, considero que a grande maioria foi ultrapassada, não só devido à experiência, mas também devido ao facto de ir conhecendo melhor cada cliente (ou, simplesmente, por tentativa-erro) e aos vários conselhos dados pelas orientadoras locais e pelos restantes profissionais. Conselhos esses, que foram úteis tanto para a vida profissional como pessoal, e me fizeram crescer e me permitiram ver as coisas através dos olhos dos clientes.

Do ponto de vista pessoal, julgo que, com o tempo, fui capaz de usar estratégias mais direcionadas e adequadas às especificidades dos clientes, ganhei mais confiança, e fui capaz de simplificar o meu discurso e transmitir a informação de forma mais clara. Sinto também que fui, progressivamente, capaz de controlar as várias variáveis de uma sessão (como, por exemplo, gerir o tempo ou prestar atenção aos comportamentos dos clientes), e consegui estabelecer uma relação empática e terapêutica com a grande maioria dos clientes.

Apesar de todas as evoluções pessoais, considero que ainda existe um longo caminho a percorrer, sobretudo, no que concerne às competências que preciso de desenvolver para me tornar melhor profissional. Deste modo, e apesar de ter adquirido algumas noções ao longo do estágio, destaco a necessidade de perceber como auxiliar os clientes fora das sessões de psicomotricidade, i.e., auxiliar os clientes nas atividades de

vida diária (higiene, alimentação), uma vez que, como num contexto institucional se trabalha em equipa, existe sempre necessidade de prestar auxílio aos outros profissionais.

Sinto também a necessidade de perceber os aspetos relacionados com os efeitos da medicação (ou da não medicação), dado que a grande maioria da população com DID toma medicação regular (sobretudo psicotrópica). Tal, torna-os mais suscetíveis a sofrer os efeitos secundários destes fármacos, efeitos esses que depois podem influenciar positiva ou negativamente as sessões (Folch et al., 2018; McQuire et al., 2015). Exemplo disso, são os vários casos experienciados no estágio, em que, devido à tentativa de ajuste de medicação, andavam mais apáticos e/ou sonolentos, ou, no caso da não toma de medicação, andavam mais agitados, agressivos ou com comportamentos obsessivos.

Em termos de conhecimentos teóricos, saliento a necessidade de existir mais estudos sobre o envelhecimento dos indivíduos com DID, visto que, com o aumento da esperança média de vida, é cada vez mais importante procurar respostas adequadas há inevitabilidade que é envelhecer. Pois tal, traz consequências negativas, não só para os próprios indivíduos com DID, como também para os seus cuidadores (Fenacerci, 2013).

Neste sentido, é importante ressaltar que o C.E.C.D. tem procurado respostas neste âmbito, empenhando-se em adaptar o seu modelo de funcionamento à medida que são identificadas novas necessidades, sobretudo, a nível residencial e médico (C.E.C.D, 2017). Ao nível do CAO, já é possível verificar projetos que promovem o envelhecimento ativo, nomeadamente, através de sessões de estimulação cognitiva dinamizadas pelas TSEER e por outras valências (TO, CG/TIC).

Relativamente a aspetos pessoais da intervenção, considero importante continuar a apostar na minha formação, sobretudo no que se refere ao meio aquático e à equitação terapêutica, que foram os meios que me trouxeram mais inseguranças.

Sintetizando os benefícios de estagiar no C.E.C.D., sublinho a importância de poder ter tido a oportunidade de observar de perto a realidade de trabalhar numa instituição, testemunhando a importância de os profissionais serem flexíveis. Realço também o facto de ter contactado com os clientes fora dos momentos formais (como, por exemplo, durante os almoços, no recreio e nas suas salas), o que me permitiu ter uma noção mais clara de cada cliente, além de perceber a dinâmica que os mesmos estabelecem entre si.

Ainda como ponto positivo, saliento a possibilidade de intervir nos mais variados contextos, como na equitação terapêutica, no meio aquático, em sessões de estimulação cognitiva, em sessões de expressão rítmica, de desporto adaptado, em caminhadas, e em

atividades externas (intercentros, visitas externas, fábrica). Sendo que tal me possibilitou reconhecer a importância que esta variedade de contextos tem junto da população com DID. Acrescento ainda a importância que teve contactar com clientes das diferentes unidades, pois permitiu-me ter consciência das facilidades e das dificuldades que é intervir e comunicar com clientes com maiores e menores dificuldades cognitivas e/ou motoras.

Por último, realço a oportunidade benéfica que foi ter colegas estagiários, porque possibilitou o confrontar de ideias, a discussão de problemas, ter acesso a novas visões e identificar novas necessidades, que até então não tinham sido identificadas.

Em termos de perspetivas futuras, espero continuar este processo de autoconhecimento profissional (e pessoal), apostando na minha formação, para que esteja sempre atenta e atualizada sobre os novos conhecimentos. Procuro continuar a trabalhar naquilo em que me formei e que mais me satisfaz, fazendo uso de todos os conhecimentos que fui adquirindo ao longo desta experiência, testando-os sem a base de segurança a que estava habituada no estágio.

Por fim, e reforçando as ideias já mencionadas, posso afirmar que esta experiência foi extremamente enriquecedora, pois não só permitiu desenvolver e pôr em prática todas as competências adquiridas ao longo dos vários anos de formação, como me permitiu amadurecer e tornar-me uma melhor profissional.

Em jeito de conclusão, termino este relatório com a frase que está escrita na entrada do C.E.C.D., que há medida que o tempo passou, serviu para lembrar que às vezes são as pequenas coisas que mais diferença fazem. E por isso, mais do que concretizar todos os objetivos, é importante saber olhar, saber compreender, saber ser um porto-seguro, evitando julgar e fazer preconceitos sobre os indivíduos com DID.

“O essencial é invisível aos olhos, só se vê bem com o coração”

Saint-Exupéry

Referências Bibliográficas

- AAIDD-Resources for Intellectual and Developmental Disability Professionals. (2017). *Frequently asked questions on intellectual disability*. [online]. Retirado a 15 de maio de 2019 de: <https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition/faqs-on-intellectual-disability>
- Abellán, R. M. e Vicente, R. H. (2002). Deficiencia mental asociada a síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 77-106.
- Adelantado, P. P. (2004). El cuerpo, eje y contenido de la Psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 16, 35-50.
- Adelantado, P. P. (2006). Pasado, presente y futuro de la Psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 22, 25-36.
- All, A. C., Loving, G. L. e Crane, L. L. (1999). Animals, horseback riding, and implications for rehabilitation therapy. *Journal of Rehabilitation-Washington-*, 65, 49-57.
- Alonso, M. Á. V. e Schalock, R. L. (2010). últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con dis capacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 7-21.
- American Hippotherapy Association, inc. (2017). Use of hippotherapy in occupational Therapy, physical therapy and speech therapy. Retirado de <https://www.americanhippotherapyassociation.org/assets/docs/Present-Use-of-HPOT-final-proposed-revision-February-2019-2.pdf>
- Anderson, M. K., Friend, T. H., Evans, J. W., & Bushong, D. M. (1999). Behavioral assessment of horses in therapeutic riding programs. *Applied Animal Behaviour Science*, 63(1), 11-24. doi: [10.1016/S0168-1591\(98\)00237-8](https://doi.org/10.1016/S0168-1591(98)00237-8)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). American Psychiatric Publishing
- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Asonitou, K., Mpampoulis, T., Irakleous-Paleologou, H., & Koutsouki, D. (2018). Effects of an adapted physical activity program on physical fitness of adults with intellectual

disabilities. *Advances in Physical Education*, 8(03), 321. doi: 10.4236/ape.2018.83028

Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (s.d.). *Psicomotricidade*. Retirado a 8 de outubro de 2019 de <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>

Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (s/d). *Psicomotricidade – Práticas Profissionais [Brochura]*. Retirado a 8 de outubro de 2019 de <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>

Bae, M. S., Yun, C. K. e Han, Y. G. (2017). The Effects of hippotherapy for physical, cognitive and psychological factors in children with intellectual disabilities. *Korean Society of Physical Medicine*, 12(3), 119-130. doi: [10.13066/kspm.2017.12.3.119](https://doi.org/10.13066/kspm.2017.12.3.119)

Baggetta, P. e Alexander, P. A. (2016). Conceptualization and operationalization of executive function. *Mind, Brain, and Education*, 10(1), 10-33. doi: [10.1111/mbe.12100](https://doi.org/10.1111/mbe.12100)

Bartlo, P.e Klein, P. J. (2011). Physical activity benefits and needs in adults with intellectual disabilities: Systematic review of the literature.*American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(3), 220-232. doi: [10.1352/1944-7558-116.3.220](https://doi.org/10.1352/1944-7558-116.3.220)

Becker, B. E. (2009). Aquatic therapy: scientific foundations and clinical rehabilitation applications.*Pm&r*, 1(9), 859-872. doi: [10.1016/j.pmrj.2009.05.017](https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2009.05.017)

Bellugi, U., Lichtenberger, L., Jones, W., Lai, Z.e St. George, M. (2000). I. The neurocognitive profile of Williams Syndrome: a complex pattern of strengths and weaknesses. *Journal of cognitive neuroscience*, 12(Supplement 1), 7-29. doi: 10.1162/089892900561959

Berencsi, A., Gombos, F. e Kovacs, I. (2016). Capacity to improve fine motor skills in Williams syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(10), 956-968. doi: 10.1111/jir.12317

Beuren, A. J. Schulze, C., Eberle, P., Harmjanz, D. e Apitz, J.(1964). The syndrome of supralvalvular aortic stenosis, peripheral pulmonary stenosis, mental retardation and similar facial appearance. *American Journal of Cardiology*, 13(4), 471-483.

Beuren, A. J., Apitz, J. e Harmjanz, D. (1962). Supralvalvular aortic stenosis in association with mental retardation and a certain facial appearance. *Circulation*, 26(6), 1235-1240. doi: [10.1161/01.CIR.26.6.1235](https://doi.org/10.1161/01.CIR.26.6.1235)

- Blasi, F. D. D., Elia, F., Buono, S., Ramakers, G. J. e Nuovo, S. F. D. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 104(3), 763-772. doi: [10.2466/pms.104.3.763-772](https://doi.org/10.2466/pms.104.3.763-772)
- Borawska-Charko, M., Rohleder, P. e Finlay, W. M. L. (2017). The sexual health knowledge of people with intellectual disabilities: a review. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(4), 393-409. doi: 10.1007/s13178-016-0267-4
- Broadbent, H., Farran, E. K., Chin, E., Metcalfe, K., Tassabehji, M., Turnpenny, P. ... Karmiloff-Smith, A. (2014). Genetic contributions to visuospatial cognition in Williams syndrome: insights from two contrasting partial deletion patients. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 6(1). doi: [10.1186/1866-1955-6-18](https://doi.org/10.1186/1866-1955-6-18)
- Brock, J. (2007). Language abilities in Williams syndrome: A critical review. *Development and psychopathology*, 19(1), 97-127. doi: 10.1017/S095457940707006X
- Brown, M. e McCann, E. (2018). Sexuality issues and the voices of adults with intellectual disabilities: A systematic review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 74, 124-138. doi: [10.1016/j.ridd.2018.01.009](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.01.009)
- Brown, M., & McCann, E. (2019). The views and experiences of families and direct care support workers regarding the expression of sexuality by adults with intellectual disabilities: A narrative review of the international research evidence. *Research in developmental disabilities*, 90, 80-91. doi:[10.1016/j.ridd.2019.04.012](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.04.012)
- Bruininks, R., e Bruininks, B. (2005). *TPMBO 2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency*, (2nd ed.). NY: Pearson Assessments.
- Bueno, J. M. (2016). *Psicomotricidade: teoria e prática: Da escola à aquática*. São Paulo: Cortez Editora.
- Buntinx, W. e Schalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283– 294. doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x
- Callejas, L. H. (2016). Principios físicos y terapéuticos de la hidrocinesiterapia (Terapia Acuática). *Revista de Investigación e Información en Salud*, 11, 29.

- Camp, J. S. e Karmiloff-Smith, A. (2015). Williams Syndrome. In J. D. Wright (ed.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2.^a ed., pp. 579-583). Elsevier. doi: 10.1016/B978-0-08-097086-8.55055-7
- Cardoso, V. D. (2011). A reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 33(2), 529-539.
- Carmeli, E. e Imam, B. (2014). Health promotion and disease prevention strategies in older adults with intellectual and developmental disabilities. *Frontiers in Public Health*, 2, 31. doi: [10.3389/fpubh.2014.00031](https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00031)
- Carney, D. P., Brown, J. H. e Henry, L. A. (2013). Executive function in Williams and Down syndromes. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 46-55. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.013
- Carrasco, X., Castillo, S., Aravena, T., Rothhammer, P. e Aboitiz, F. (2005). Williams syndrome: Pediatric, neurologic, and cognitive development. *Pediatric neurology*, 32(3), 166-172. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2004.09.013
- Centro de Educação Para o Cidadão com deficiência [C.E.C.D.] (2018a). *Quem somos*. Retirado a 29 de outubro de 2018: <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/quem-somos>
- Centro de Educação Para o Cidadão com deficiência [C.E.C.D.] (2018b). *Áreas de Intervenção*. Retirado a 29 de outubro de 2018: <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/valencias>
- Centro de Educação Para o Cidadão com deficiência [C.E.C.D.] (2018c). *Quem somos- direitos e deveres*. Retirado a 30 de outubro de 2018 de: <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/quem-somos/direitos-e-deveres-dos-clientes>
- Centro de Educação Para o Cidadão com deficiência [C.E.C.D.] (2018d). *Quem somos- Missão e Valores*. Retirado a 29 de outubro de 2018: <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/quem-somos/missao-visao-e-valores>
- Centro de Educação Para o Cidadão com deficiência [C.E.C.D.] (2018e). *Quem somos- Missão e Valores*. Retirado a 30 de outubro de 2018 de: <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/quem-somos/estatutos>

- Centro de Educação Para o Cidadão com deficiência [C.E.C.D.] (2018f). *Áreas de Intervenção- C.A.O.* Retirado a 3 de novembro de 2018 de: <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/valencias/centro-de-atividades-ocupacionais>
- Centro de Educação Para o Cidadão com deficiência [C.E.C.D.] (2012). *Processos e Procedimentos- Processos de valência* (documento não publicado)
- Chen, H. (2006). *Atlas of genetic diagnosis and counseling* (Vol. 1069). Totowa, NJ: Humana press.
- Cherniske, E. M., Carpenter, T. O., Klaiman, C., Young, E., Bregman, J., Insogna, K. ... Pober, B. R. (2004). Multisystem study of 20 older adults with Williams syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 131(3), 255-264. doi: 10.1002/ajmg.a.30400
- Chou, Y. C., Lu, Z. Y. J., Chen, B. W. e Lin, C. J. (2019). 'Transformed rights' sexual health programme evaluation for the parents and service workers of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(9), 1125-1136. doi: 10.1111/jir.12624
- Cooper, S. A., McLean, G., Guthrie, B., McConnachie, A., Mercer, S., Sullivan, F.e Morrison, J. (2015). Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: Population-based cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*, 16(1), 110. doi: [10.1186/s12875-015-0329-3](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0329-3)
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costanzo, F., Vicari, S. e Carlesimo, G. A. (2013). Familiarity and recollection in Williams syndrome. *Cortex*, 49(1), 232-242. doi: [10.1016/j.cortex.2011.06.007](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2011.06.007)
- Cruz, V. (2007). O Cognitive Assessment System como instrumento de avaliação psicológica. *Psi : Revista da Vetor Editora*, 8(1), 31-40.
- Cuesta, J. Z. (2001). Discapacidad y envejecimiento. *Minusval*, 131, 17-19.
- Cunha, I. e Costa, C. M. F. (2007). Comportamentos (des) adaptados: causa ou efeito da deficiência mental?. Retirado a 14 de maio de 2019 de: <http://repositorio.esepf.pt/handle/20.500.11796/901>

- Danielsson, H., Henry, L., Messer, D. e Rönnerberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 600-607. doi: [10.1016/j.ridd.2011.11.004](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.11.004)
- Davis T. e Richardson R.R. (2017). Williams Syndrome. In R. R. Richardson (Ed.). *Atlas of acquired cardiovascular disease imaging in children*. Springer, Cham doi: [10.1007/978-3-319-44115-3_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-44115-3_5)
- Decreto-lei n.º 18/89. Ministério do Emprego e da Segurança Social. *Diário da República*, 1.ª série- N.º 9- 11 de janeiro de 1989, 125-127.
- Decreto-lei n.º 7/98. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. *Diário da República*, 1.ª série- N.º 12- 15 de janeiro de 1998, 163-165.
- Deruelle, C., Mancini, J., Livet, M. O., Casse-Perrot, C. e De Schonen, S. (1999). Configural and local processing of faces in children with Williams syndrome. *Brain and Cognition*, 41(3), 276-298. doi: [10.1006/brcg.1999.1127](https://doi.org/10.1006/brcg.1999.1127)
- Despacho normativo n.º 52/90. Ministério das finanças, dos negócios Estrangeiros e do Comercio e turismo. *Diário da República*, 1.ª série- N.º 166- 20 de julho de 1990, 3044-3044.
- Devenny, D. A., Krinsky-McHale, S. J., Kittler, P. M., Flory, M., Jenkins, E. e Brown, W. T. (2004). Age-associated memory changes in adults with Williams syndrome. *Developmental Neuropsychology*, 26(3), 691-706. doi: [10.1207/s15326942dn2603_3](https://doi.org/10.1207/s15326942dn2603_3)
- Díaz, A. L., Rodríguez, M. A., Gómez, Y. F., Martínez, B. A. e Alonso, M. A. (2001). Discapacidad y envejecimiento: necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación. *Universidad de Oviedo*. Retirado de <https://sid.usal.es/idocs/F5/INV1279/InformeDyE.pdf>
- Dinwoodie, R., Greenhill, B., & Cookson, A. (2016). 'Them two things are what collide together': Understanding the sexual identity experiences of lesbian, gay, bisexual and trans people labelled with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(1), 3-16.. doi: [10.1111/jar.12252](https://doi.org/10.1111/jar.12252)
- Direção Regional Educação [DRE]. 2013. O que é?]. Retirado a 14 de abril de 2019 de: <http://www02.madeira->

edu.pt/dre/Psicomotricidade/tabid/373/ctl/Read/mid/1639/InformacaoId/2902/UnidadeOrganicaId/5/Default.aspx

- Dunning, B. A., Martens, M. A. e Jungers, M. K. (2015). Music lessons are associated with increased verbal memory in individuals with Williams syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 565-578. doi: [10.1016/j.ridd.2014.10.032](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.032)
- Duplanty, A., Vingren, J. e Keller, J. (2014). Physical activity and intellectual disability. *Strength & Conditioning Journal*, 36(2), 26-28. doi: 10.1519/SSC.0000000000000039
- Elliott, D., Welsh, T. N., Lyons, J., Hansen, S. e Wu, M. (2006). The visual regulation of goal-directed reaching movements in adults with Williams syndrome, Down syndrome, and other developmental delays. *Motor control*, 10(1), 34-54. doi: [10.1123/mcj.10.1.34](https://doi.org/10.1123/mcj.10.1.34)
- European Forum of Psychomotricity. (2012). *Psychomotrician professional competences in europe*. Retirado a 9 de outubro de 2019 de: https://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf
- European Forum of Psychomotricity. (s.d.). *Psychomotricity*. Retirado a 8 de julho de 2019, de <https://psychomot.org/psychomotricity/>
- Ewart, A. K., Morris, C. A., Atkinson, D., Jin, W., Sternes, K., Spallone, P. ... Keating, M. T. (1993). Hemizygoty at the elastin locus in a developmental disorder, Williams syndrome. *Nature genetics*, 5(1), 11. doi: [10.1038/ng0993-11](https://doi.org/10.1038/ng0993-11)
- Faria, I. e Santos, S. (2007). Equitação especial no seio da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 9, 41-45.
- Farran, E. K. e Jarrold, C. (2003). Visuospatial cognition in Williams syndrome: reviewing and accounting for the strengths and weaknesses in performance.. *Developmental neuropsychology*, 23(1-2), 173-200. doi: [10.1080/87565641.2003.9651891](https://doi.org/10.1080/87565641.2003.9651891)
- Fenaceri (2013). *[Des]envelhecer com qualidade* [brochura]. Retirado a 26 de novembro de 2018 de https://www.fenaceri.pt/public/brochura_fenaceri.pdf
- Fenaceri. (s/d). *Diagnóstico Duplo: Caracterização, Diagnóstico e Tendências*. Retirado a 24 de maio de 2019 de: https://www.fenaceri.pt/web/fenaceri/pro_diagduplo/Relatorio_%20DD_Caract-Diagn-Tend-.pdf

- Ferraz, M. J., Carvalho, A., Dantas, C., Cavaco, H., Barbosa, J., Tourais, L. e Neves, N. (1994). *Pensar avaliação, melhorar a aprendizagem*. Lisboa: IIE. Retirado de: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Secundario/Documentos/Avaliacao/avaliacao_criterial.pdf
- Ferreira, A. I. (2019a). Propriedades da água e implicações no processo terapêutico- Onde se está influencia o que se faz!. In A. Ferreira (Eds.). *Terapia Aquática- Indicações, métodos e estratégias* (pp. 17-26). Lisboa: Papa-letras
- Ferreira, A. I. (2019b). O processo terapêutico em meio aquático- Como se unem as «peças do puzzle» na terapia aquática?. In A. Ferreira (Eds.). *Terapia Aquática- Indicações, métodos e estratégias* (pp. 27-38). Lisboa: Papa-letras
- Filho, P. G. (2003). *A Psicomotricidade relacional em meio aquático*. Editora Manole Ltda.
- Fisher, M. H. e Morin, L. (2017). Addressing social skills deficits in adults with Williams syndrome. *Research in developmental disabilities*, 71, 77-87. doi: [10.1016/j.ridd.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.10.008)
- Folch, A., Salvador-Carulla, L., Vicens, P., Cortés, M. J., Irazábal, M., Muñoz, S. ... Martínez-Leal, R. (2018). Health indicators in intellectual developmental disorders: The key findings of the POMONA-ESP project. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(1), 23-34. doi: 10.1111/jar.12498
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade – Perspetivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora
- Fonseca, V. (2006). *Terapia psicomotora – Estudos de casos*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2008). Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem. educación infantil y desarrollo de competências. Comunicação organizada pela Asociación Mundial de Educadores Infantiles, Madrid. Retirado de http://www.waece.org/AMEIcongresocompetencias/ponencias/victor_da_fonseca.pdf
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora: signifição psiconeurológica dos fatores psicomotores* (3.ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Frangiskakis, J. M., Ewart, A. K., Morris, C. A., Mervis, C. B., Bertrand, J., Robinson, B. F. ... Pröschel, C. (1996). LIM-kinase1 hemizyosity implicated in impaired visuospatial constructive cognition. *Cell*, 86(1), 59-69. doi: [10.1016/S0092-8674\(00\)80077-X](https://doi.org/10.1016/S0092-8674(00)80077-X)

- Freitas, M. e Silva, J. (2010). Adaptação ao meio aquático: Uma proposta pedagógico-terapêutica. *Revista Diversidades*, 28, 13-15.
- Gagliardi, C., Martelli, S., Burt, M. D. e Borgatti, R. (2007). Evolution of neurologic features in Williams syndrome. *Pediatric Neurology*, 36(5), 301-306. doi: [10.1016/j.pediatrneurol.2007.01.001](https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2007.01.001)
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R.e Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80. doi: 10.1111/jir.12455
- Gomez, M. T. (2012). The S words: Sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. *Sexuality and disability*, 30(2), 237-245. doi: 10.1007/s11195-011-9250-4
- Güvendi, B. eİlhan, E. L. (2017). Effects of adapted physical activity applied on intellectual disability students toward level of emotional adjustment, self-managingand the socialization: Parent and teacher interactive research. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3879-3894.
- Haas, B. W. e Reiss, A. L. (2012). Social brain development in Williams syndrome: The current status and directions for future research. *Frontiers in Psychology*, 3, 186. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00186
- Harris, J. C. (2006). *Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*. Oxford University Press.
- Haveman, M., Perry, J., Salvador-Carulla, L., Walsh, P. N., Kerr, M., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H., ... Cara, A. C. (2011). Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: results of the European POMONA II study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(1), 49-60. doi: [10.3109/13668250.2010.549464](https://doi.org/10.3109/13668250.2010.549464)
- Hocking, D. R., Rinehart, N. J., McGinley, J. L., Moss, S. A.e Bradshaw, J. L. (2011). A kinematic analysis of visually-guided movement in Williams syndrome. *Journal of the Neurological Sciences*, 301(1-2), 51-58. doi: [10.1016/j.jns.2010.11.001](https://doi.org/10.1016/j.jns.2010.11.001)
- Hocking, D. R., Thomas, D., Menant, J. C., Porter, M. A., Smith, S., Lord, S. R. Cornish, K. M. (2013). The interplay between executive control and motor functioning in Williams syndrome. *Developmental science*, 16(3), 428-442. doi: 10.1111/desc.12042

- Hoogenraad, C. C., Akhmanova, A., Galjart, N. e De Zeeuw, C. I. (2004). LIMK1 and CLIP-115: Linking cytoskeletal defects to Williams syndrome. *Bioessays*, 26(2), 141-150. doi: [10.1002/bies.10402](https://doi.org/10.1002/bies.10402)
- Huang, L., Sadler, L., O'Riordan, M. A. e Robin, N. H. (2002). Delay in diagnosis of Williams syndrome. *Clinical pediatrics*, 41(4), 257-261. doi: [10.1177/000992280204100410](https://doi.org/10.1177/000992280204100410)
- International Federation of adapted physical activity [IFAPA]. (s/d). *Definition*. Retirado a 29 de março de 2019 de: <https://ifapa.net/definition/>
- Isaac, L. e Lincoln, A. (2011). Featural versus configural face processing in a rare genetic disorder: Williams syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(11), 1034-1042. Doi: doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01426.x
- Jackowski, A. P., Rando, K., de Araújo, C. M., Del Cole, C. G., Silva, I. e de Lacerda, A. L. T. (2009). Brain abnormalities in Williams syndrome: A review of structural and functional magnetic resonance imaging findings. *European journal of paediatric neurology*, 13(4), 305-316. doi: [10.1016/j.ejpn.2008.07.002](https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2008.07.002)
- Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a psychomotor intervention on water in the quality of life of adults with intellectual and developmental disabilities. *J Nov Physiother Phys Rehabil*, 3(1), 053-060. doi: [10.17352/2455-5487.000036](https://doi.org/10.17352/2455-5487.000036)
- Jarrold, C., Baddeley, A. D. e Phillips, C. (2007). Long-term memory for verbal and visual information in Down syndrome and Williams syndrome: performance on the Doors and People test. *Cortex*, 43(2), 233-247. doi: [10.1016/S0010-9452\(08\)70478-7](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70478-7)
- Jesus, I. M. S. (s/d). A equoterapia como recurso na terapia psicomotora para a aquisição/desenvolvimento do equilíbrio corporal. Retirado a 15 de abril de 2019 de: <http://www.unifai.edu.br/pesquisa/publicacoes/alunos/pos-graduacao/equoterapia-como-recurso-na-terapia-psicomotora-para-aquisicaodesenvolvimento-do>
- Johnson, C. C. (2009). The benefits of physical activity for youth with developmental disabilities: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 23(3), 157-167. doi: [10.4278/ajhp.070930103](https://doi.org/10.4278/ajhp.070930103)
- Karmiloff-Smith, A., Broadbent, H., Farran, E. K., Longhi, E., D'Souza, D., Metcalfe, K. ... Turnpenny, P. (2012). Social cognition in Williams syndrome: genotype/phenotype insights from partial deletion patients. *Frontiers in psychology*, 3, 168. doi: [10.3389/fpsyg.2012.00168](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00168)

- Karmiloff-Smith, A., Thomas, M., Annaz, D., Humphreys, K., Ewing, S., Brace, N.... Campbell, R. (2004). Exploring the Williams syndrome face-processing debate: the importance of building developmental trajectories. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1258-1274. doi: [10.1111/j.1469-7610.2004.00322.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00322.x)
- Ke, X. e Liu, J. (2015). Deficiência intelectual. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Retirado de: <http://ead.bauru.sp.gov.br/efront/www/content/lessons/67/ETAPA%204%20Texto%202%20Intelectual-disabilities-PORTUGUESE-2015.pdf>
- Kendall, E., Maujean, A., Pepping, C. A., Downes, M., Lakhani, A., Byrne, J. e Macfarlane, K. (2015). A systematic review of the efficacy of equine-assisted interventions on psychological outcomes. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 17(1), 57-79. doi: 10.1080/13642537.2014.996169
- Ko, J. M. (2015). Genetic syndromes associated with congenital heart disease. *Korean circulation journal*, 45(5), 357-361. doi: [10.4070/kcj.2015.45.5.357](https://doi.org/10.4070/kcj.2015.45.5.357)
- Koca, T. T.e Ataseven, H. (2015). What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. *Northern clinics of Istanbul*, 2(3), 247. doi: 10.14744/nci.2016.71601
- Laing, E., Butterworth, G., Ansari, D., Gsödl, M., Longhi, E., Panagiotaki, G. ... Karmiloff-Smith, A. (2002). Atypical development of language and social communication in toddlers with Williams syndrome. *Developmental Science* 5(2), 233-246. doi: [10.1111/1467-7687.00225](https://doi.org/10.1111/1467-7687.00225)
- Landazabal, M. G.e Azumendi, J. M. F. (2006). *El juego cooperativo para prevenir la violencia en los centros escolares: evaluación de programas de intervención para la educación infantil, primaria y secundaria* (Vol. 4). Madrid: Ministerio de Educación.
- Lanfranchi, S., De Mori, L., Mammarella, I. C., Carretti, B. e Vianello, R. (2015). Spatial-sequential and spatial-simultaneous working memory in individuals with Williams Syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 120(3), 193-202. DOI: 10.1352/1944-7558-120.3.193
- Law, L. L., Barnett, F., Yau, M. K. e Gray, M. A. (2014). Effects of combined cognitive and exercise interventions on cognition in older adults with and without cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 15, 61-75. doi: [10.1016/j.arr.2014.02.008](https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.02.008)

- Leitão, A., Lombo, C e Ferreira, C. (2008). O contributo da psicomotricidade nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. *Revista Diversidades*, 22, 2124. Retirado de: http://www02.madeira-edu.pt/dre/publicacoes_dre/revista_diversidades/tabid/392/ctl/Read/mid/1394/InformacaoId/2349/UnidadeOrganicaId/5/Default.aspx
- Levitin, D. J., Menon, V., Schmitt, J. E., Eliez, S., White, C. D., Glover, G. H. ... Reiss, A. L. (2003). Neural correlates of auditory perception in Williams syndrome: an fMRI study. *Neuroimage*, 18(1), 74-82. doi:10.1006/nimg.2002.129
- Lewandowski, A. C. (2014). A l'eau la dyspraxie?! Approche psychomotrice d'un enfant dyspraxique au travers de la médiation aquatique. Retirado de: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081616/document>
- Llauradó, C. C. (2005). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 19, 27-52.
- Louhiala, P. (2004). *Preventing intellectual disability: ethical and clinical issues*. Cambridge university press.
- Louro, A., Jorge, M. e Santos, S. (2007). Estudos sobre a atitude dos profissionais face à sexualidade/ afetividade na pessoa com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 79-99.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A. ... Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Mental Retardation.
- Mansur, S. S. e Marcon, A. J. (2006). Perfil motor de crianças e adolescentes com deficiência mental moderada. *Journal of Human Growth and Development*, 16(3), 9-15. doi: [10.7322/jhgd.19798](https://doi.org/10.7322/jhgd.19798)
- Martens, M. A., Wilson, S. J. e Reutens, D. C. (2008). Research Review: Williams syndrome: a critical review of the cognitive, behavioral, and neuroanatomical phenotype. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 576-608. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01887.x

- Martínez, G. E. M., Ramírez, E. O. L., Cavazos, D. J. C., Martínez, Z. D. C. T. e Mullet, E. (2011). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. *CIENCIA-UANL*, 15(4), 436-444.
- Martinho, V. F. C., Cruz-Santos, A. e Santos, S. (2014). A equitação terapêutica na intervenção psicomotora em crianças com necessidades especiais. *A Psicomotricidade*, 17(8), 9-19.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade – As Práticas entre o instrumental e o relacional. V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Cruz Quebrada: Edições FMH
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação: o diálogo tónico-emocional no nascimento da vida psíquica. *Psílogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 13, 34-43.
- Matias, A. (2005). Terapia psicomotora em meio aquático. *A psicomotricidade*, 5, 68-76.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T. e Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 419-436. doi: [10.1016/j.ridd.2010.12.018](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018)
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsíLogos*, 1(1), 85-95.
- McCann, E., Lee, R. e Brown, M. (2016). The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 57, 39-53. doi: [10.1016/j.ridd.2016.06.013](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.06.013)
- McQuire, C., Hassiotis, A., Harrison, B. e Pilling, S. (2015). Pharmacological interventions for challenging behaviour in children with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 15(1), 303. doi: [10.1186/s12888-015-0688-2](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0688-2)
- Menghini, D., Addona, F., Costanzo, F. e Vicari, S. (2010). Executive functions in individuals with Williams syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 418-432. doi: [10.1111/j.1365-2788.2010.01287.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01287.x)
- Mervis, C. B. e Becerra, A. M. (2007). Language and communicative development in Williams syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), 3-15. doi: [10.1002/mrdd.20140](https://doi.org/10.1002/mrdd.20140)
- Mervis, C. B. e John, A. E. (2010). Cognitive and behavioral characteristics of children with Williams syndrome: implications for intervention approaches. *American Journal of*

- Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 154 (2), 229-248. doi: 10.1002/ajmg.c.30263
- Mervis, C. B. e Velleman, S. L. (2011). Children with Williams syndrome: Language, cognitive, and behavioral characteristics and their implications for intervention. *Perspectives on language learning and education*, 18(3), 98-107. doi: [10.1044/lle18.3.98](https://doi.org/10.1044/lle18.3.98)
- Mervis, C. B., Robinson, B. F. e Pani, J. R. (1999). Visuospatial construction. *The American Journal of Human Genetics*, 65(5), 1222-1229.
- Mestre, D. e Quaresma, C. (2019). A realidade da Terapia Psicomotora em Portugal- a perspetiva do terapeuta ocupacional. In A. Ferreira (Eds.). *Terapia Aquática- Indicações, métodos e estratégias* (pp. 13-16). Lisboa: Papa-letras
- Meyer-Lindenberg, A., Mervis, C. B. e Berman, K. F. (2006). Neural mechanisms in Williams syndrome: a unique window to genetic influences on cognition and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(5), 380. doi: [10.1038/nrn1906](https://doi.org/10.1038/nrn1906)
- Mills, D. L., Alvarez, T. D., St. George, M., Appelbaum, L. G., Bellugi, U. e Neville, H. (2000). III. Electrophysiological studies of face processing in Williams syndrome. *Journal of Cognitive neuroscience*, 12(Supplement 1), 47-64. doi: [10.1162/089892900561977](https://doi.org/10.1162/089892900561977)
- Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2012). *Exame Geronto-Psicomotor. Manual de Aplicação Provisório* (documento não publicado).
- Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2016) Psychometric properties of the Portuguese version of the Éxamen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*, 42(7), 516-527. doi: 10.1080/03601277.2016.1165068
- Morato, P. P. e Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 14, 36-55.
- Morato, P. P. e Tome, G. Q. (2000). Atitudes de técnicos e auxiliares face à sexualidade das pessoas com deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(2), 17-59.
- Morris, C. A. (2010). The behavioral phenotype of Williams syndrome: A recognizable pattern of neurodevelopment. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 154(4), 427-431. doi: [10.1002/ajmg.c.30286](https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30286)

- Morris, C. A., Demsey, S. A., Leonard, C. O., Dilts, C. e Blackburn, B. L. (1988). Natural history of Williams syndrome: physical characteristics. *The Journal of pediatrics*, 113(2), 318-326. doi: [10.1016/S0022-3476\(88\)80272-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(88)80272-5)
- Morris, D. M. (2004). Aquatic rehabilitation for the treatment of neurologic disorders. In B. E. Becker (Ed.). *Comprehensive Aquatic Therapy* (2.^a ed., pp.151-175). Philadelphia: Elsevier Inc.
- Naglieri, J. A. e Conway, C. (2009). The Cognitive Assessment System. In J. A. Naglieri e S. Goldstein, *Practitioner's guide to assessing intelligence and achievement* (pp. 27–59). John Wiley & Sons Inc.
- Neto, F. R., Xavier, R. F. C., dos Santos, A. P. M., Amaro, K. N., Florêncio, R. e Poeta, L. S. (2013). A lateralidade cruzada e o desempenho da leitura e escrita em escolares. *Revista CEFAC*, 15(4), 864-872.
- Ng-Cordell, E., Hanley, M., Kelly, A. e Riby, D. M. (2017). Anxiety in Williams Syndrome: The Role of Social Behaviour, Executive Functions and Change Over Time. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(3), 796-808. doi: [10.1007/s10803-017-3357-0](https://doi.org/10.1007/s10803-017-3357-0)
- Nicolau, S. M., Schraiber, L. B. e Ayres, J. R. D. C. M. (2013). Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 863-872. doi: [10.1590/S1413-81232013000300032](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300032)
- Noonan, A. e Gomez, M. T. (2011). Who's missing? Awareness of lesbian, gay, bisexual and transgender people with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 29(2), 175-180. doi: [10.1007/s11195-010-9175-3](https://doi.org/10.1007/s11195-010-9175-3)
- Normas regulamentares do mestrado em reabilitação psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (2018). Faculdade de motricidade humana. Universidade de Lisboa.
- O'Hearn, K., Courtney, S., Street, W. e Landau, B. (2008). Working memory impairment in people with Williams syndrome: Effects of delay, task and stimuli. *Brain and cognition*, 69(3), 495-503. doi: [10.1016/j.bandc.2008.10.004](https://doi.org/10.1016/j.bandc.2008.10.004)

- Ojeda, R. T. (2005). La práctica psicomotriz en personas adultas con discapacidad psíquica y física asociada. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 19, 77-88.
- Olalla, L. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 33(9), 27-34.
- Olalla, M. D. G. e Llauradó, C. C. (2006). Formación en la práctica: la adquisición de competencias profesionales en psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 24, 79-92.
- OMIM. (2018). Williams-Beuren Syndrome; WBS]. Retirado de: <https://www.omim.org/entry/194050?search=7q11.23&highlight=7q1123>
- Opaddock (s.d.a). Instalações. Retirado a 6 de outubro de 2018 de: <http://opaddock.pt/pt/inicio/instalacoes-paddock/>
- Opaddock (s.d.b). Equitação com fins terapêuticos. Retirado a 16 de abril de 2019 de: <http://opaddock.pt/pt/equitacaocomfinsterapeuticos/>
- Osborne, L. e Pober, B. (2001). Genetics of childhood disorders: XXVII. Genes and cognition in Williams syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(6), 732-735.
- Patel D.R. e Merrick J. (2011) Intellectual Disability. In: Patel D., Greydanus D., Omar H., Merrick J. (Eds). *Neurodevelopmental Disabilities* (pp. 161-171). Springer, Dordrecht
- Pauw, J. (2000). Therapeutic horseback riding studies: Problems experienced by researchers. *Physiotherapy*, 86(10), 523-527. doi: [10.1016/S0031-9406\(05\)60986-8](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60986-8)
- Pereira, J. M. C. (2015). A problemática do diagnóstico duplo na Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (Dissertação de mestrado não publicada em Gestão das Organizações do Terceiro Sector). Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/10878>
- Pinheiro, A. e Santos, S (2015). As competências psicomotoras de gerentes com dificuldade intelectual e desenvolvimentais. *A psicomotricidade no século XXI-*

Respostas inovadoras para desafios emergentes. I Jornadas científicas da psicomotricidade, 119-129.

Pinto, T. G. (2016). Potenciando el ámbito cognitivo desde la dimensión psicomotriz. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 41, 23-35.

Pober, B. R. (2010). williams–Beuren syndrome. *New England Journal of Medicine*, 362(3), 239-252. doi: 10.1056/NEJMr0903074

Pober, B. R. e Filiano, J. J. (1995). Association of Chiari I malformation and Williams syndrome. *Pediatric neurology*, 12(1), 84-88. doi: [10.1016/0887-8994\(94\)00117-K](https://doi.org/10.1016/0887-8994(94)00117-K)

Portada. (2015). População residente com deficiência segundo os censos: total e por tipo de deficiência. Retirado de: [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+defici%C3%Aancia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+defici%C3%Aancia+\(2001\)-1239](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+defici%C3%Aancia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+defici%C3%Aancia+(2001)-1239)

Preus, M. (1984). The Williams syndrome: objective definition and diagnosis. *Clinical Genetics*, 25(5), 422-428. doi: [10.1111/j.1399-0004.1984.tb02011.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-0004.1984.tb02011.x)

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2(1). doi: [10.2174/1876391X01002010105](https://doi.org/10.2174/1876391X01002010105)

Programa nacional para a promoção da atividade física. (2016). Direção-Geral da Saúde [DGS]. Retirado de: https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/rel_capitulo-pnpaf-2016-a-saude-dos-pt-pdf.aspx

Reiss, A. L., Eckert, M. A., Rose, F. E., Karchemskiy, A., Kesler, S., Chang, M. ... Galaburda, A. (2004). An experiment of nature: brain anatomy parallels cognition and behavior in Williams syndrome. *Journal of Neuroscience*, 24(21), 5009-5015. doi: [10.1523/JNEUROSCI.5272-03.2004](https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5272-03.2004)

Relatório de atividades e contas. (2017). Centro de Educação Para o Cidadão com Deficiência]. Retirado de: <http://www.cecdmirasintra.org/images/DocumentosEstruturantes/RA-2017-pos-AG.pdf>

- Rhodes, S. M., Riby, D. M., Matthews, K. e Coghill, D. R. (2011). Attention-deficit/hyperactivity disorder and Williams syndrome: shared behavioral and neuropsychological profiles. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 33(1), 147-156. doi: [10.1080/13803395.2010.495057](https://doi.org/10.1080/13803395.2010.495057)
- Rintala, P. e Loovis, E. M. (2013). Measuring motor skills in Finnish children with intellectual disabilities. *Perceptual and motor skills*, 116(1), 294-303. doi: [10.2466/25.10.PMS.116.1.294-303](https://doi.org/10.2466/25.10.PMS.116.1.294-303)
- Rocha, C., Morais, A., Santos, S. e dos Santos Branco, A. P. L. (2016). As competências psicomotoras e cognitivas de idosos. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 41, 107-131.
- Rodríguez, J. S. e Llinares, M. L. (2001). El rol del psicomotricista. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 3, 57-76.
- Rodríguez, P. R. (2001). El envejecimiento de las personas con discapacidad. *Minusval*, 131, 20-22.
- Rossi, N. F., Moretti-Ferreira, D. e Giacheti, C. M. (2006). Genética e linguagem na Síndrome de Williams-Beuren: Uma condição neuro-cognitiva peculiar. *Pró-fono: revista de atualização científica*, 18(3), 331-338.
- Sampaio, A., Fernández, M., Henriques, M., Carracedo, Á., Sousa, N. e Gonçalves, Ó. F. (2009). Cognitive functioning in Williams syndrome: a study in. *Portuguese and Spanish patients. European Journal Of Paediatric Neurology*, 13(4), 337-342. doi: [10.1016/j.ejpn.2008.06.010](https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2008.06.010)
- Sampaio, A., Sousa, N., Fernández, M., Vasconcelos, C., Shenton, M. E. e Gonçalves, Ó. F. (2008). MRI assessment of superior temporal gyrus in Williams syndrome. *Cognitive and Behavioral Neurology: Official Journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology*, 21(3), 150. doi: [10.1097/WNN.0b013e31817720e4](https://doi.org/10.1097/WNN.0b013e31817720e4)
- Santos, A. S. P. G. D. (2007). Estudo psicométrico da escala de comportamento adaptativo versão portuguesa (ECAP) (Tese de Doutoramento não publicada em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.. <http://hdl.handle.net/10400.5/5101>

- Santos, S. (2017). Psychomotor therapy and intellectual disability in Portugal: from 0 to 100. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 3(2), 22-37.
- Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações portuguesas com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de Deficiência mental é um erro: Deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Porquê?. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(1), 316.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). O Comportamento adaptativo em Portugal. In S. Santos e P. Morato (Eds.). *Comportamento adaptativo: Dez anos depois* (pp. 19-34). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Sauna-aho, O., Bjeloglic-Laakso, N., Sirén, A., Kangasmäki, V. e Arvio, M. (2019). Cognition in adults with Williams syndrome—A 20-year follow-up study. *Molecular genetics & genomic medicine*, 7(6), e695. doi: 10.1002/mgg3.695
- Schalock, R. L. (2011). The evolving understanding of the construct of intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(4), 227-237.
- Schalock, R. L., & Luckasson, R. (2013). What's at stake in the lives of people with intellectual disability? Part I: The power of naming, defining, diagnosing, classifying, and planning supports. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(2), 86-93. doi: [10.1352/1934-9556-51.2.086](https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.2.086)
- Schalock, R. L. e Luckasson, R. (2015). A systematic approach to subgroup classification in intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 53(5), 358-366.
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L. ... Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental retardation*, 40(6), 457-470.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A. e Shogren, K. A. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 45(2), 116-124.
- Schalock, R., Bonham, G. e Verdugo, M. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of

- intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 181–190. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001
- Schwesig, R., Neumann, S., Richter, D., Kauert, R., Becker, S., Esperer, H. D. e Leuchte, S. (2009). Der Einfluss des therapeutischen Reitens auf den Gang und die Haltungsregulation. Sportverletzung· Sportschaden, 23(02), 84-94. doi: 10.1055/s-0028-1109465
- Semel, E. e Rosner, S. R. (2003). *Understanding Williams syndrome: Behavioral patterns and interventions*. Routledge.
- Selmi, F. (2011). Therapie psychomotricité et valeur thérapeutique des liens. *Reliance Psychomotrice*, 8, 11-21.
- Shevell, M. (2008). Global developmental delay and mental retardation or intellectual disability: conceptualization, evaluation, and etiology. *Pediatric Clinics of North America*, 55(5), 1071-1084. doi: 10.1016/j.pcl.2008.07.010
- Simões, S. e Santos, S. (2013). A qualidade de vida na dificuldade intelectual e desenvolvimental: Operacionalização do conceito na intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 20, 41-57.
- Simpson, N., Mizen, L. e Cooper, S. A. (2016). Intellectual disabilities. *Medicine*, 44(11), 679-682. doi: [10.1016/j.mpmed.2016.08.008](https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.08.008)
- Smits-Engelsman, B. e Hill, E. L. (2012). The relationship between motor coordination and intelligence across the IQ range *Pediatrics*, 130(4), 950-956. doi: 10.1542/peds.2011-3712
- Spector, A., Orrell, M. e Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(12), 1253-1258. doi: [10.1002/gps.2464](https://doi.org/10.1002/gps.2464)
- Strydom, A., Chan, T., King, M., Hassiotis, A. e Livingston, G. (2013). Incidence of dementia in older adults with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 34(6), 1881-1885. doi: [10.1016/j.ridd.2013.02.021](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.02.021)
- Sukhodolsky, D. G. e Butter, E. M. (2007). Social skills training for children with intellectual disabilities. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick e J. Rojahn (Eds.) *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 601-618). Springer, Boston, MA. doi: 10.1007/0-387-32931-5_30

- Taliaferro, A. R. e Hammond, L. (2016). "I don't have time": Barriers and facilitators to physical activity for adults with intellectual disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 33(2), 113-133. doi: [10.1123/APAQ.2015-0050](https://doi.org/10.1123/APAQ.2015-0050)
- Tassé, M. J. (2009). Adaptive behavior assessment and the diagnosis of mental retardation in capital cases. *Applied Neuropsychology*, 16(2), 114-123.
- Tassé, M. J., Luckasson, R. e Schalock, R. L. (2016). The relation between intellectual functioning and adaptive behavior in the diagnosis of intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(6), 381-390.
- Taua, C., Hepworth, J. e Neville, C. (2012). Nurses' role in caring for people with a comorbidity of mental illness and intellectual disability: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 163-174. doi: [10.1111/j.1447-0349.2011.00779.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00779.x)
- Thakur, D., Martens, M., Smith, D. S. e Roth, E. A. (2018). Williams syndrome and music: A systematic integrative review *Frontiers in Psychology*, 9, 2203. doi: [10.3389/fpsyg.2018.02203](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02203)
- Thompson, P. M., Lee, A. D., Dutton, R. A., Geaga, J. A., Hayashi, K. M., Eckert, M. A. ... Toga, A. W. (2005). Abnormal cortical complexity and thickness profiles mapped in Williams syndrome. *Journal of Neuroscience*, 25(16), 4146-4158. doi: [10.1523/JNEUROSCI.0165-05.2005](https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0165-05.2005)
- Torres-Ronda, L. e Alcázar, X. S. (2014). The properties of water and their applications for training. *Journal of human kinetics*, 44(1), 237-248. doi: 10.2478/hukin-2014-0129
- Tsai, S. W., Wu, S. K., Liou, Y. M. e Shu, S. G. (2008). Early development in Williams syndrome. *Pediatrics International*, 50(2), 221-224. doi: 10.1111/j.1442-200X.2008.02563.x
- Tse, M. Y., Kwan, R. Y. e Lau, J. L. (2018). Ageing in individuals with intellectual disability: issues and concerns in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 24(1), 68-72. doi: 10.12809/hkmj166302
- Uchiyama, H., Ohtani, N. e Ohta, M. (2011). Three-dimensional analysis of horse and human gaits in therapeutic riding. *Applied Animal Behaviour Science*, 135(4), 271-276. doi: [10.1016/j.applanim.2011.10.024](https://doi.org/10.1016/j.applanim.2011.10.024)

- Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2012). a intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. *A psicomotricidade*, 15, 10-23.
- Van Herwegen, J. (2015). Williams syndrome and its cognitive profile: the importance of eye movements. *Psychology research and behavior management*, 8, 143-151. doi: 10.2147/PRBM.S63474
- Velasco, C. G. e Bernini, R. (2011). *Boas práticas psicomotoras aquática*. Phorte Editora LTDA.
- Vicari, S. (2006). Motor development and neuropsychological patterns in persons with Down syndrome. *Behavior genetics*, 36(3), 355-364. Doi: [10.1007/s10519-006-9057-8](https://doi.org/10.1007/s10519-006-9057-8)
- Vicari, S., Bellucci, S. e Carlesimo, G. A. (2003). Visual and spatial working memory dissociation: Evidence from Williams syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45(4), 269-273. doi: [10.1017/S0012162203000513](https://doi.org/10.1017/S0012162203000513)
- Vieira, C. M. e Coelho, M. A. (2014). Sexualidade e deficiência intelectual: concepções, vivências e o papel da educação. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, 7(13), 201-212. doi: 10.20952/revtee.v0i0.3268
- Vuijk, P. J., Hartman, E., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of intellectual disability research*, 54(11), 955-965. doi: [10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x)
- Walsh, K. K. (2002). Thoughts on changing the term mental retardation. *Mental Retardation*, 40(1), 70-75.
- Wiese, E. (2018). Improving the quality of life of elderly with intellectual disability: A literature review on environment and care. *Journal of Degenerative Intellectual and Development Disabilities*, 1(5). doi: DIDD.000524. 2018.
- Williams, J. C. P., Barratt-Boyes, B. G. e Lowe, J. B. (1961). Supravalvular aortic stenosis. *Circulation*, 24(6), 1311-1318.
- Williamssyndrome association. (s.d). What is Williams Syndrome?. Retirado a 5 de abril de 2019 de: <https://williams-syndrome.org/what-is-williams-syndrome>

- Wilson, N. J., Macdonald, J., Hayman, B., Bright, A. M., Frawley, P. e Gallego, G. (2016). A narrative review of the literature about people with intellectual disability who identify as lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex or questioning. *Journal of Intellectual Disabilities*, 22(2), 171-196. doi: 10.1177/1744629516682681
- World Health Organization [WHO]. (2015). World report on ageing and health. Autor.
- World Health Organization [WHO]. (s/d). *Physical Activity* [website]. Retirado a 29 de março de 2019 de: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
- World Health Organization. (2017). *Disabilities*. Retirado a 14 de maio de 2019 de: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- Wuang, Y. P., Wang, C. C., Huang, M. H. e Su, C. Y. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1048-1060. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x
- Zadnikar, M. e Kastrin, A. (2011). Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy: a meta-analysis. *Developmental medicine & child neurology*, 53(8), 684-691. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.03951.x
- Zhao, Z. Y., Shao, J., Xie, C. H., Wang, Y. X., Qin, Y. F., Cornish, K. e Karmiloff-Smith, A. (2008). Visual search attention and executive function in Chinese children with Williams syndrome. *Pediatrics*, 121(Supplement 2), S148-S148. doi: [10.1542/peds.2007-2022](https://doi.org/10.1542/peds.2007-2022)

Anexos

Anexo A- Processo de Admissão no CAO

Para se ser cliente do CAO e de outras valências, o candidato precisa de preencher um formulário de candidatura disponibilizado pelo site ou pela secretaria da valência a que este se dirigiu (C.E.C.D., 2012).

Após a entrega do formulário o candidato deve aguardar pela entrevista. Terminada a entrevista, e caso o candidato reúna as condições de acessibilidade necessárias é atribuída uma pontuação segundo os seguintes critérios de acessibilidade: encaminhamento interno, concelho de residência, risco familiar e risco social (C.E.C.D., 2012).

A pontuação obtida em todos estes critérios, determinará qual a posição que o cliente ocupa na lista de espera (C.E.C.D., 2012).

Se o candidato não apresenta os critérios de admissibilidade para a vertente a que concorreu, o assistente social responsável deve tentar arranjar outras alternativas na comunidade ou outro tipo de respostas que lhe pareçam mais adequadas para aquele caso em particular (C.E.C.D., 2012).

No caso específico do CAO serão excluídos todos os candidatos que não apresentem DID e/ou multideficiência, e que sejam menores de 16 anos (C.E.C.D., 2018g).

Caso exista uma vaga, na valência a que se candidatou, serão selecionados no máximo 3 candidatos para uma avaliação diagnóstica. Os candidatos selecionados serão aqueles que estarão melhor posicionados na lista de espera (C.E.C.D., 2012).

Depois de selecionado o melhor candidato, e de selecionado o técnico de referência formaliza-se a admissão (C.E.C.D., 2012). O técnico de referência será o responsável por elaborar o programa de acolhimento, ou seja, será aquele que recolhe e trata da informação do cliente, tendo em conta as expectativas e necessidades do candidato, que fica responsável por reunir com os restantes clientes informando-os da entrada de um novo colega, e de reunir com os membros de outras equipas/ áreas que considere importantes para o novo cliente. Este será também o responsável por, durante o período de acolhimento (3 meses), recolher informações sobre a adaptação do cliente. Se ao fim do período de acolhimento, este estiver bem-adaptado, procede-se à formalização do PIPA (Plano Individual da Pessoa Apoiada).

Anexo B- Exemplo de plano de sessão com o grupo de condição física

Atividade	Material	Descrição	Objetivos	Estratégias
Campo de minas	-Arcos - Papel com desenho da disposição dos arcos (caminho)	<p>Objetivo: descobrir o caminho para chegar ao outro lado, sem utilizar os arcos “Bomba”. O caminho estará previamente desenhado.</p> <p>Os participantes deverão tentar chegar ao outro lado, sem caírem nos arcos “bomba” e sempre que caírem deverão voltar para trás, e esperar pela sua vez. Os colegas seguintes deverão estar atentos para não fazerem o mesmo erro que o colega anterior. No final ganha o participante que primeiro chegar ao outro lado.</p> <p>Um dos participantes ficará responsável pela interpretação (e montagem) do caminho que está previamente desenhado sendo, portanto, o responsável por ver se o colega está ou não a ir pelo caminho certo.</p> <p>O número de arcos e de bombas deverá aumentar a cada jogada.</p> <p>Para complexificar poderá ser pedido para se deslocarem de diferentes maneiras (só pé esquerdo, a pés juntos...); que não podem demorar mais do que x segundos no arco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a atenção e concentração - Potenciar a memória - Promover a estruturação espaço-temporal - Potenciar a capacidade de abstração; - Promover a planificação; - Potenciar diferentes formas de deslocamento; - Potenciar as habilidades motoras; - Potenciar o esperar pela sua vez; - Promove o trabalho em equipa; - Potencia as competências sociais 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de linguagem simples e objetiva; - Informação transmitida de forma faseada; -Feedbacks construtivos; - Demonstração - Pistas Verbais e visuais
<p>Reflexão: A atividade correu bem e o feedback foi positivo.</p> <p><i>Grupo 1:</i> Z.C. destacou-se pelo uso de estratégia e pela atenção. Foi necessária alguma ajuda verbal para interpretar o papel com o desenho, mas à medida que o jogo avançava tornava-se mais fácil. A atividade foi feita sem ajudas visuais, e como não estavam a conseguir pensar estrategicamente e a decorar onde estavam as bombas, foi colocado um colete nos sítios onde já tinham morrido. Esta alteração foi positiva, pois todos acabaram por perceber o objetivo. Todos conseguiram esperar pela sua vez.</p> <p><i>Grupo 2:</i> à semelhança do grupo anterior foi necessário reforçar visualmente o local onde os participantes tinham morrido. Todos perceberam o objetivo da tarefa. Os utentes P.S. e A. foram os que mais pensaram estrategicamente. O R. foi o cliente que mais necessitou de ajuda a interpretar o mapa.</p> <p>Como este grupo era maior, o tempo de espera também foi maior, o que fez com que alguns perdessem um pouco o interesse. O J.R foi o que mais mostrou interesse.</p> <p>Num geral, penso que a atividade foi bem conseguida e permitiu que os clientes pensassem.</p>				
Clientes: M, Z.C, J.B; S.A; J.R.; A.; N.F; L.E.; P.S; R. L.F;				

Anexo C- Exemplos de plano de sessão com os grupos de ECOG

Anexo C.1-Exemplo de plano de sessão com ECOG mais velho

Atividade	Material	Descrição	Objetivos	Tempo	Estratégias
Conversa Inicial		<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar que dia é; - O que se fez na sessão anterior; - Quantas peças eram/ quais eram as forma geométricas/ que animais construíram. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a memória a curto e longo prazo; - Potenciar a capacidade de comunicação 	5 min.	Utilização de linguagem simples e objetiva; Informação transmitida de forma faseada; Feedbacks construtivos; Demonstração Pistas Verbais e visuais
Tangram (II)	Tangram Imagens de tangram (com cores, e sem cor)	1.º) Pedir que em grupo, reproduzam uma imagem de um tangram (em que as peças têm as cores da imagem); 2.º) Fazer o mesmo, mas a imagem que deve ser reproduzida só apresenta as formas geométricas e não as cores. - Se a atividade tiver muito fácil, adicionar uma componente motora, por exemplo: os participantes dispõem-se em fila, o último da fila escolhe uma peça, passa para o colega da frente, até chegar ao 1.º da fila. Este (com a imagem na sua frente) identifica a peça na imagem e coloca-a no sítio certo, depois vai para o fim da fila e o processo repete-se.	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar a motricidade fina; - Promover a atenção; - Estimular a identificação de cores, formas; - Melhorar a coordenação visuo-motora; - Potenciar a EET; - Promover a resolução de problemas e o uso de estratégias; - Potenciar a cooperação; 	45 min.	
Conversa Final		<ul style="list-style-type: none"> - Questionar sobre o que fizeram, o que foi mais fácil/ mais difícil; se gostaram ou não; que figuras construíram, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de reflexão; - Estimular a memória; - Potenciar a capacidade de comunicação 	5 min.	

Reflexão: Esta atividade decorreu em contexto de sala e não de ginásio como foi previamente planeado.

Nesta sessão estiveram presentes mais dois clientes que não fazem parte deste grupo.

O PL mostrou muita facilidade em fazer os puzzles, quer nas imagens com cores quer na imagem sem cor. Foi de todos os participantes, o que mais percebeu o que era para fazer.

O JM, tal como o PL, já tinham feito este jogo. E apesar de saber como se joga e o que tem de fazer, mostrou algumas dificuldades na resolução do problema. Contudo, quando era dado um feedback interrogativo e algumas pistas verbais, ele conseguia fazê-lo.

A MA não faz parte deste grupo, e por isso a atividade não tinha sido planeada a contar com ela. Como esta tem problemas de visão, a principal limitação era o tamanho reduzido das figuras, por isso foi necessário um maior nº de feedbacks/ pistas verbais. Apesar disso, foi capaz de resolver o puzzle.

O C. é um cliente do polo do pendão, e não tinha nenhuma informação sobre ele. Contudo, ele mostrou-se capaz de resolver os puzzles e ajudava os colegas a resolver o problema, sem lhe dar as respostas. Foi apenas necessário algum reforço verbal para que ele ter a certeza se a peça que tinha colocado estava ou não na posição certa.

Ao contrário do que era esperado, o puzzle em que as peças não tinham cor não foi tão difícil. Pois todos conseguiram identificar as peças que ocupavam determinada posição.

As maiores dificuldades centraram-se na posição/ rotação dos triângulos. Para resolver este problema era apontado para uma ponta do triângulo, e dadas indicações como “esta ponta está a apontar para ti, portanto experimenta rodá-la para o teu lado”. Esta estratégia funcionou com todos. Outra das dificuldades era que como a mesa era comprida, nem todos tinham a mesma perspetiva da imagem inicial, por isso, era necessário pedir para se levantarem ou o puzzle era rodado para a perspetiva certa.

Em termos gerais, esta atividade é complexa, mas mesmo assim os clientes não mostraram dificuldades de maior. Este tipo de atividades acaba por se desafiante para esta população, o que acaba por ser positivo.

Clientes: PL., JM, MA, C.

Anexo C.2- Exemplo de plano de sessão com ECOG mais novo

Atividade	Material	Descrição	Objetivos	Tempo	Estratégias
Conversa inicial	—	Perguntar o que foi feito na semana anterior e de se identificar o dia/ mês/ ano/ estação em que nos encontramos; Em seguida, falar brevemente sobre o que vai ser a sessão.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a EET; - Potenciar a memória; 	5'	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de linguagem simples e objetiva; - Informação transmitida de forma faseada; - Feedbacks construtivos; - Demonstração - Pistas Verbais e visuais
Aquecimento	Orquestra corporal	<p>Objetivo: Usar diferentes partes do corpo para fazer música.</p> <p>Em círculo, cada participante deve fazer uma ação motora e adicionar-lhe um som (e.g. bater duas palmas e dizer clap, clap). Depois de todos terem arranjado um som e uma ação, devem tentar lembrar-se de todos os movimentos e sons que ouviram</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a criatividade; - Promover a memória; -Potenciar habilidades motoras; - Promover a coordenação; 	10'	
Bingo Sonoro	<ul style="list-style-type: none"> - 12 arcos (6+6) -Imagens de cantores; - Música; - Pinos 	<p>1) Mostrar as imagens dos cantores e ver se todos os reconhecem. Em seguida, mostrar as músicas e ver se eles conseguem identificar quem canta.</p> <p><u>Organização:</u></p> <p>Formam-se duas equipas com o mesmo número de elementos. Cada equipa deverá ir para uma ponta do ginásio.</p> <p>Em cada ponta do ginásio estarão 6 arcos, em que cada um deles terá uma imagem de um cantor.</p> <p>A separar as duas metades estarão 12 pinos (marcam os cantores que já saíram).</p> <p>Objetivo: Ouvir a música e identificar se algum dos seus arcos tem a imagem do cantor que canta essa música.</p> <p>Se tiver, deve ir buscar um pino no centro do ginásio e colocá-lo sobre a imagem do cantor.</p> <p>Ganha a equipa que tiver conseguido ocupar todos os arcos com pinos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a memória auditiva; - Potenciar a atenção/ coordenação; - Estimular o espírito de equipa; - Promover a motricidade global; - Estimular as funções executivas; - Promover a coordenação oculo- manual 	25'	
Conversa Final		<p>Identificar o que foi feito na sessão;</p> <p>O que mais e menos gostaram;</p> <p>O que mudavam;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar a capacidade de reflexão; - Promover a comunicação; - Estimular a comunicação 	5'	

Reflexão: Não foi feito o aquecimento uma vez que a sessão começou mais tarde do que o planeado.

Devido ao nº reduzido de clientes em vez dos 6 arcos que estavam no planeamento foram usados apenas 4.

A sessão começou com a identificação das imagens dos cantores. E nesta tarefa o PF destacou-se, uma vez que soube identificar a maioria dos cantores e das músicas que esses cantavam.

Na atividade do bingo, eram mostradas músicas e sempre que eles achassem que tinham aquele cantor deviam ir buscar o cone e tapá-lo. Esta tarefa foi compreendida por ambos os participantes.

De vez em quando eram mostrados cantores que não estavam em nenhuma das “cartolas”, isto servia para perceber se eles jogavam ou não à sorte.

Como este jogo, não estava a ser ao calhas (uma vez que era a estagiária que escolhia a sequência das músicas) optou-se por qualquer um dos participantes ver e roubar o cantor que cantava a música que estavam a ouvir. Esta alteração foi positiva, uma vez que os obrigava a tomar atenção ao jogo do adversário e os motivava a competir.

O PF aguentou por um maior período a sua atenção na tarefa.

Clientes: PF, P.

Anexo D- Exemplo de plano de sessão com o grupo de mobilidade e expressão

Atividade	Material	Descrição	Objetivos	Estratégias
Aquecimento		Cada elemento do grupo deve sugerir um exercício de aquecimento.	- Promover a mobilidade articular;	Utilização de linguagem simples e objetiva;
Vamos como?	Panos Bolas Arco/cesto	<p>Objetivo: levar uma bola para o alvo (arco/ cesto)</p> <p>- Os participantes agrupam-se a pares (elemento de cadeira- elemento sem cadeira), em seguida fazem-se equipas com o mesmo nº de elementos.</p> <p>- Em seguida é atribuído um pano a cada equipa;</p> <p>- Ao sinal, cada par deve levar uma bola em cima do pano sem a deixar cair.</p> <p>- No final do percurso, devem “atirar” a bola para o arco correspondente à sua equipa.</p> <p>- Ganha a equipa que conseguir levar o maior nº de peças;</p> <p>Em seguida, devem fazer o mesmo, mas todos juntos. Ou seja, todos juntos devem arranjar uma maneira de transportar a bola para o alvo, sempre sem a deixar cair.</p>	<p>- Promover a EET;</p> <p>- Potenciar o planeamento motor;</p> <p>- Promover o uso de estratégias;</p> <p>; - Potenciar a praxia global;</p> <p>- Estimular o planeamento motor</p>	<p>Informação transmitida de forma faseada;</p> <p>Feedbacks construtivos;</p> <p>Demonstração</p> <p>Pistas Verbais e visuais</p>
Conversa Final		Perguntar o que correu melhor/ pior, o que foi mais difícil; Que atividade foi feita...	<p>- Melhorar a capacidade reflexão;</p> <p>- Promover a memória</p>	
<p>Reflexão: Ao meu ver esta atividade foi ao encontro das competências de cada participante.</p> <p>Todos se mostraram empenhados, e perceberam o objetivo do jogo.</p> <p>O T. apresentou mais dificuldades em iniciar a tarefa, e S. esteve mais participativa e com menos comportamentos apelativos. Os restantes estiveram no seu registo habitual.</p> <p>Como de costume, a J. de todos os participantes é a que mostra ser mais competitiva e por isso, acaba por não se aperceber dos riscos que ela e a colega correm quando ela faz tudo com muita pressa.</p> <p>As indicações foram simples e claras e a atividade não precisou de sofrer alterações.</p> <p>Na última parte da atividade, que consistia em arranjar uma maneira de transportar a bola para o alvo sem a deixar cair, foi algo desafiante para eles. E apesar de ser difícil, foram capazes (com algumas dicas) de perceber o que tinham que fazer.</p>				
Clientes: PC, PF, JL, J, A., C., T., S.				

Anexo E- Exemplo de plano de sessão com grupo de psicomotricidade e expressão

Atividade	Material	Descrição	Objetivos	Estratégias
Aquecimento		Cada elemento do grupo deve sugerir um exercício de aquecimento	- Promover a mobilidade articular;	Utilização de linguagem simples e objetiva; Informação transmitida de forma faseada; Feedbacks construtivos; Demonstração Pistas Verbais e visuais
Como chegamos ao outro lado?	- Arcos - Puzzle	Objetivo: Ir buscar peças de um puzzle ou objetos de uma determinada cor. - Formam-se duas equipas, cada equipa fica responsável por ir buscar os objetos previamente indicados. - Entre o ponto de partida e de chegada estarão arcos. - No início existem arcos que ocupam todo o percurso, contudo, depois será eliminado um arco de cada vez. Quando os arcos forem insuficientes, e caso se perceba que os participantes já estão à vontade com a atividade, poderá ser pedido que cheguem ao outro lado do percurso apenas com dois arcos. - No caso de ser muito difícil, pode ser pedido que cheguem ao outro lado do percurso com X passos. - Ganha a equipa que conseguir apanhar o maior nº de peças.	- Promover a EET; - Potenciar o planeamento motor; - Promover o uso de estratégias; - Melhorar o equilíbrio; - Potenciar a mobilidade; - Estimular o planeamento motor	
Conversa Final		Perguntar o que correu melhor/ pior, o que foi mais difícil; Que atividade foi feita...	- Melhorar a capacidade reflexão; - Promover a memória	
Reflexão: Durante esta sessão, foi testado um novo tipo de aquecimento para ver se este era viável para este grupo ou não (a pares aqueciam as partes do corpo que ouviam, e quando ouvissem colete tinham que ir buscá-lo) contudo, e apesar de alguns compreenderem o que era para fazer utentes como a P. e a C. tiveram mais dificuldades. Relativamente à atividade, inicialmente todos perceberam o objetivo da tarefa e cumpriram-no. Mas quando foram eliminados os arcos, e já não era possível avançar sem saltar, foi mais complicado arranjar uma solução. Contudo, com algumas dicas a utente S. conseguiu arranjar a solução. Nesta parte da atividade, a P. não conseguiu cumprir com o que era para fazer. A s., ao contrário das sessões anteriores, não apresentou um comportamento apelativo e mostrou interesse pela atividade. A F. apesar de as vezes tocar no chão, quando lhe era dado um reforço, percebeu que tinha sempre que andar sobre os arcos. Metade dos participantes precisavam de feedback verbal para iniciarem o salto. O A. e a V. não quiseram participar na atividade, mas tiveram a sessão toda a lançar a bola um para o outro.				
Cientes: H.; R.; F.; S.; M.; C.; A., V.; JM; P.				

Anexo F- Exemplo de um plano de sessão do grupo de Desporto adaptado

Atividade	Material	Descrição (sessão de futebol)	Objetivos	Estratégias
Aquecimento	—	<ul style="list-style-type: none"> - Um participante deve indicar que movimentos e que partes do corpo é que vão aquecer, e os restantes devem imitá-lo 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o aquecimento das diferentes partes do corpo 	Utilização de linguagem simples e objetiva; Informação transmitida de forma faseada; Feedbacks construtivos; Demonstração Pistas Verbais e visuais
Marca, desmarca	Pinos Corda coletes	<ul style="list-style-type: none"> - Formam-se equipas de 3 elementos. - Em seguida, colocam-se os pinos no campo de jogo em forma de quadrado. Se necessário colocar uma corda para limitar o espaço. - Uma equipa fica do lado de fora do quadrado com a bola, enquanto a outra fica do lado de dentro e tenta tirar a bola aos adversários. - Sempre que se conseguir tirar a bola, a equipa troca de lugar. - Os jogadores que tem a bola, não podem ocupar a mesma lateral do quadrado (i.e., cada lateral só pode ter um jogador). Os jogadores que tentam tirar a bola, devem escolher um jogador adversário para o marcarem, e não podem sair de dentro do quadrado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de marcação/desmarcação; - Melhorar a qualidade dos passes; - Potenciar o espírito de grupo; - Promover o uso de estratégias - Potenciar a atenção e concentração 	
Mini-Jogo	Bola coletes	Os jogadores dividem-se em equipas. Depois devem jogar futebol usando as técnicas trabalhadas anteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar habilidades motoras; - Estimular o uso de competências aprendidas anteriormente 	
Alongamento/ Conversa final	—	Um participante indica quais partes do corpo que se vão alongar e como. Os restantes imitam. Em seguida será perguntado que atividades é que mais gostaram, que foram mais difíceis... e porque	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o alongamento dos músculos; - Potenciar a capacidade de reflexão 	

Anexo G- Caracterização dos instrumentos de avaliação

Bateria Psicomotora

A bateria psicomotora (BPM) é um instrumento clínico e psicopedagógico de avaliação psicomotora destinado a crianças entre os 4 e os 12 anos que tem como objetivo identificar e localizar crianças com dificuldades de aprendizagem e disfunções motoras, e definir o perfil psicomotor do avaliado (Fonseca, 2010).

Este instrumento é constituído por tarefas relativas aos sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal (EET), praxia global e praxia fina, que por sua vez, se subdividem em 26 subfatores (Fonseca, 2010).

Cada fator e subfactor é cotado numa escala de 1 a 4, em que cada valor corresponde a um tipo de perfil, nomeadamente: 1- apráxico, 2 – dispráxico, 3- euprático e 4- hiperpráxico (Fonseca, 2010).

No final da aplicação da BPM o resultado é obtido pela soma das médias dos valores obtidos em cada um dos fatores psicomotoras. A cotação deste dispositivo clínico varia entre os 7 e os 28 pontos (Fonseca, 2010).

É importante referir que este instrumento não se encontra validado para a população portuguesa.

Teste de proficiência motora de Bruininks- Oseretsky

O teste de proficiência motora de Bruininks- Oseretsky (TPMBO) avalia a prestação motora global de indivíduos, com ou sem comprometimento motor, entre os 4 anos e os 21 anos e 11 meses (Bruininks e Bruininks, 2005).

Este é constituído por um conjunto de atividades que visam obter informações relativas a várias habilidades motoras com o intuito de identificar e conhecer as competências e os défices motores existentes (Bruininks e Bruininks, 2005).

O TPMBO apresenta duas versões, uma completa e outra reduzida, ambas constituídas por 8 subtestes: precisão motora fina, integração motora fina, destreza manual, coordenação bilateral, equilíbrio, corrida de velocidade e agilidade, coordenação dos membros superiores e força. O tempo de aplicação depende da versão pela qual se opta, a forma completa tem uma duração entre os 40 e os 60 minutos e a reduzida entre os 15 e os 20.

A cotação varia consoante o item aplicado. Esta pode ser feita através da análise de um desenho, um número de objetos ou o tempo demorado para concretizar a tarefa. No final essa cotação é convertida em pontos. Em caso de repetição da tarefa é cotado o valor mais elevado.

Exame Gerontopsicomotor

O Exame gerontopsicomotor (EGP) é um instrumento de avaliação das componentes psicomotoras que se destina a indivíduos com mais de 60 anos (Morais, Santos e Lebre, 2016).

Este é constituído por tarefas referentes às seguintes áreas: equilíbrio estático e dinâmico, mobilização articular dos membros superiores e inferiores, motricidade fina dos membros superiores e inferiores, praxias, conhecimento das partes do corpo, vigilância, memória preceptiva e verbal, percepção, domínio espacial e temporal e comunicação (Morais, Santos e Lebre, 2016).

A cotação desse instrumento varia entre 0 e 6, onde a cada subitem são atribuídos pontos que variam entre os 0,5 e os 3 valores. A cotação vai depender do desempenho do indivíduo na tarefa ou da soma dos valores obtidos nos subitens (Morais, Santos e Lebre, 2012).

Os aspetos qualitativos não fazem parte cotação, contudo devem ser relatados na folha, uma vez que podem conter informações importantes para avaliar a performance do avaliado (Morais et al. 2016).

A aplicação deste instrumento não ultrapassa os 60 minutos e pode ser realizada por etapas. Atualmente, este instrumento encontra-se em processo de validação para a população portuguesa (Morais et al. 2016).

Cognitive assessment System (CAS)

O *Cognitive Assessment System* (CAS ou SAC em versão portuguesa) é um instrumento de avaliação que tem como finalidade avaliar o processamento cognitivo de indivíduos, com ou sem deficiência, com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos e 11 meses de idade (Naglieri e Conway, 2009).

Este instrumento baseia-se na teoria do PASS e por essa razão é constituído por 4 escalas distintas: *Planificação, Atenção, Processamento sucessivo e Processamento simultâneo*.

De acordo com a combinação das provas do CAS, este pode avaliar o processamento cognitivo de duas maneiras distintas: pela bateria básica constituída por 8 provas, duas tarefas por dimensão do PASS e pela bateria standard composta por 12 provas, subdivididas em três tarefas por cada dimensão. A sua aplicação varia entre os 40 e os 60 minutos, e os itens aplicados a crianças entre os 5 e os 7 anos e os 8 e os 18 são distintos (Cruz, 2007).

A cotação varia consoante o item podendo ser cotado entre 1 e 0 (correto e incorreto, respetivamente), ou consoante o tempo (em segundos), o número correto de respostas e/ou o número de falsas deteções (Naglieri & Conway, 2009; Cruz, 2007).

A pontuação final resulta depois da conversão dos valores obtidos com base numa tabela fornecida pelos autores, que dependem do tempo demorado na tarefa e o número de respostas certas ou das falsas deteções (Naglieri & Conway, 2009; Cruz, 2007).

Anexo H- Avaliação inicial e respetiva análise do estudo de caso

Os dados obtidos durante a avaliação inicial encontram-se registados nas tabelas que se seguem.

Os resultados da avaliação referentes aos itens da BPM encontram-se na tabela 24. Com base nessa mesma tabela, é possível verificar que o Alberto apresenta como áreas fortes o equilíbrio, a noção corporal e a lateralização. Por sua vez, as praxias global e fina e a EET apresentam os valores mais baixos.

Tabela 24 Avaliação Inicial do Alberto - BPM

Fator Psicomotor	Item	Cotação	Média
Equilibração	Imobilidade	3	2,75
	Equilíbrio Estático:		
	Apoio retilíneo	3	
	Ponta dos pés	3	
	Apoio unipodal (D)	2	3,5
	Equilíbrio Dinâmico:		
	Marcha controlada	4	
	Evolução no banco		
	Para frente	4	
	Para trás	3	
	Lado direito	3	
	Lado esquerdo	3	
	Pé coxinho direito	3	
	Pé coxinho esquerdo	3	
	Pés juntos frente	4	
	Pés juntos trás	4	
	Pés juntos olhos fechados	4	
Lateralização		4	4
Noção Corporal	Sentido cinestésico	4	2,6
	Reconhecimento d/e	2	
	Autoimagem	3	
	Imitação dos gestos	2	
	Desenho do corpo	2	
EET	Organização	2	1,5
	Estruturação dinâmica	2	
	Representação topográfica	1	
	Estruturação rítmica	1	
Praxia Global	Coordenação óculo-manual	1	2
	Coordenação óculo-podal	3	
	Dismetria	3	
	Dissociação	1	
Praxia Fina	Coordenação dinâmica manual	1	1,33
	Tamborilar	2	
	Velocidade-precisão	1	

Em termos qualitativos, é de referir que o Alberto durante a aplicação dos itens do equilíbrio, à exceção da tarefa de saltar em apoio unipodal, não demonstrou muitas dificuldades. No entanto, pela observação realizada ao longo da avaliação, pode inferir-se que a principal dificuldade verificada neste domínio, i.e., saltar em apoio unipodal, deve-se, não ao fator equilíbrio em si, mas sim à capacidade de permanecer focado na tarefa durante o tempo estipulado.

Na área da lateralização, a maioria dos itens foram executados com o segmento do lado direito. Verificou-se, todavia, que na tarefa da lateralização ocular, o Alberto espreitava pela folha com o olho do lado esquerdo.

No que concerne à somatognosia, a maior dificuldade do Alberto foi no reconhecimento da direita e da esquerda, uma vez que as confunde. No item da autoimagem, que consistia em tocar com o indicador na ponta do nariz, o Alberto realizava o movimento, contudo, tocava na cana do nariz e não na ponta, como era solicitado. Já na tarefa de imitação de gestos, este jovem foi capaz de imitar duas das quatro figuras apresentadas (durante a aplicação deste item começou a verificar-se alguma desatenção, tendo sido necessário orientá-lo para a atividade algumas vezes).

Relativamente à EET, o Alberto demonstrou algumas dificuldades neste domínio. Nos itens da estruturação rítmica, cujo objetivo consiste em reproduzir uma sequência de estruturas rítmicas, o sujeito não foi capaz de reproduzir nenhuma das sequências. Ainda dentro deste domínio, o Alberto demonstrou também dificuldades na tarefa de representação topográfica. Esta foi realizada no segundo dia de aplicação da BPM, onde foi notório algum cansaço por parte do cliente, bem como dificuldades em focar a atenção (i.e., descentrava-se muitas vezes do objetivo da tarefa). Por essa razão, teve a cotação mínima. Contudo, para não o penalizar, este item foi repetido no último dia da avaliação, mas os resultados foram idênticos.

Nos itens da praxia global, apesar deste jovem adulto realizar o movimento de forma correta, demonstrou dificuldades em acertar com a bola nos alvos. É de referir ainda que, relativamente ao item da dissociação, o Alberto não foi capaz de realizar nenhuma das sequências pedidas.

Por último, a praxia fina foi o fator psicomotor onde se identificaram mais dificuldades. O item da coordenação dinâmica manual (que consistia em fazer e desfazer uma pulseira de cliques) não foi concluído, pois o Alberto partia os cliques e era necessário um reforço constante para acabar a tarefa. Na tarefa de velocidade-precisão, o Alberto apesar de ter feito mais do que dez pontos e cruces, estes não cumpriam com as

informações inicialmente ditas, ou seja, desenhar a cruz perpendicular e de forma a que caiba na quadricula (mesmo depois de reforço). No entanto, durante a realização das tarefas, o indivíduo demonstrou sonolência, sinais de frustração, dificuldades em manter o foco, e conversa descontextualizada.

No que concerne ao BOT, foram aplicados os itens de precisão e integração motora fina e de coordenação dos membros superiores. Apesar destas áreas avaliarem competências também presentes na BPM, estes itens em concreto permitem retirar informações mais específicas. Na tabela 25 encontram-se os valores obtidos durante a avaliação.

Tabela 25 Avaliação Inicial Alberto- BOT

Subteste	Itens	Cotação
Precisão Motora Fina	Labirinto	7 [Máx: 7]
	Dobrar Folha	2 [Máx: 7]
Coordenação dos membros superiores	Largar e apanhar a bola	5 [Máx: 5]
	Driblar a bola	7 [Máx: 7]

Como é possível observar na tabela, em relação aos itens do BOT, o jovem registou a pontuação máxima em quase todos os itens, à exceção da dobragem da folha.

Para avaliar a atenção foram aplicados os itens atenção expressiva, deteção de números, e atenção recetiva, do CAS.

Os resultados obtidos pelo Alberto nesta prova encontram-se na tabela 26.

Tabela 26 Avaliação Inicial Alberto - CAS

Subteste	Pontuação convertida
Atenção Expressiva	2
Deteção de Números	9
Atenção Recetiva	9

Durante a aplicação deste teste, o Alberto esteve sempre empenhado e demonstrou ser persistente, querendo fazer as tarefas até ao fim (mesmo quando era dito que podia terminar a prova). Ainda assim, no início de cada prova era importante reforçar que este não deveria parar a tarefa até que tal lhe fosse pedido pela terapeuta, além de que era também necessário apontar para a linha seguinte, uma vez que o jovem não avançava de linha até que lhe fosse dado feedback. Todavia, é de referir que, esse feedback foi procurado por parte do jovem ao longo de toda a sessão (não só quando chegava a fim de

cada linha), tendo a psicomotricista indo progressivamente diminuindo-o durante o decorrer da prova.

No terceiro item da atenção expressiva – que consistia em identificar se o animal representado era grande ou pequeno, independentemente do tamanho em que aparecia na imagem –, o Alberto acertou em 10 de 40. Tal resultado pode indicar que o sujeito apresenta dificuldades inibir uma resposta automática (Cruz, 2007).

Na detecção de números (i.e., sublinhar os números 1,2,3 e depois os números 4,5,6), o Alberto usou como estratégia a comparação, no sentido em que este observava cada número, um a um, e comparava-o com o apresentado no início. É também de referir que, apesar de ter ultrapassado o tempo da prova, o Alberto errou apenas uma vez, sendo que tal pode indicar que foi capaz de evitar os estímulos distráteis.

Por último, no subteste da atenção seletiva (que, de forma resumida, consistia em sublinhar os pares iguais ou os pares da mesma família), o Alberto demonstrou mais dificuldades no item que tinha como objetivo sublinhar os pares da mesma família (destacando-se aqui, negativamente, as imagens das flores e das frutas).

Por forma a concluir o processo de avaliação, foram ainda aplicados os itens de memória do EGP. Encontrando-se os resultados da aplicação dos referidos itens na Tabela 27.

Tabela 27 Avaliação Inicial Alberto - EGP


Item	Tarefa/subitem	Cotação
Memória Percetiva	Evocação das cores	2 [Máx. 2]
	Evocação de posições	3,5 [Máx. 4]
Memória Verbal	Evocação Imediata	2 [Máx.2]
	Momentos do Dia	1 [Max.1]
	Evocação Diferida	1,5 [Máx. 3]

Com base na tabela anterior, pode observar-se que o Alberto não demonstrou grandes dificuldades ao nível da memória, tendo até atingido pontuações máximas em três das cinco tarefas avaliadas (evocação de cores, evocação imediata e momentos do dia). Excetua-se aqui, todavia, o item da evocação diferida (i.e., relembrar três palavras ditas anteriormente).

Anexo I- Plano de sessão com Estudo de Caso (Sessão em contexto de sala)

Atividade	Material	Descrição	Objetivos	Tempo	Estratégias
Conversa Inicial	Imagens	Com auxílio de imagens perguntar o dia, o dia da semana, o mês e a estação em que se encontra	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar a orientação espaciotemporal - Promover a memória a curto e longo prazo 	5	Utilização de linguagem simples e objetiva; Informação transmitida de forma faseada; Feedbacks construtivos; Demonstração Pistas Verbais e visuais
Quem Canta?	<ul style="list-style-type: none"> - Cartões com fotografias de cantores; - Músicas 	Objetivo: Adivinhar quem é o cantor da música que ouviu. 1.º Mostram-se os cartões com fotografias dos cantores (para o caso de o cliente não conhecer algum) e pede-se para dizer quem é. 2.º Depois dispõem-se os cartões voltados para baixo. 3.º Coloca-se uma música e o utente tem de ir procurar a imagem do cantor que lhe corresponde.	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar a memória a curto e longo prazo; - Estimular a praxia fina; - Promover a atenção/concentração - Potenciar a coordenação oculomanual 	10	
De quem é que se fala?	- Imagens	Objetivo: Adivinhar de qual cantor é que se está a falar. As imagens dos cantores devem estar dispostas à frente do utente. Depois vão sendo dadas pistas sobre as características de um dos cantores, e o cliente terá de tentar adivinhar quem é. (E.g. é rapaz; tem cabelo curto; é moreno; canta em inglês...) Inicialmente começa-se a atividade só com duas imagens, e depois vão acrescentado mais. Em seguida, poderá ser pedido que identifique qual o cantor que está mais à direita/esquerda.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a atenção/concentração; - Potenciar o raciocínio e a resolução de problemas; - Promover a diminuição de respostas automáticas; - Potenciar a estruturação espaciotemporal. 	15	
Ouvi esta palavra?	- Música	Objetivo: fazer uma ação motora (e.g. estalar os dedos) sempre que se ouvir determinada palavra. Mostra-se um excerto de uma música. E sempre que se ouvir a palavra X, o cliente terá de fazer o movimento.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a atenção/concentração. - Potenciar a discriminação auditiva - Promover a praxia fina 	10	
Retorno à calma	- Música	Ouvir uma música escolhida pelo cliente	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a autonomia; - Potenciar o estado de calma 	5	
Conversa Final		Rever o que se fez na sessão. Perguntar como correu a sessão, o que mais/ menos gostou.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a memória; - Potenciar a comunicação; - Estimular a reflexão crítica 	5	

Anexo I.1.- Plano de sessão com Estudo de Caso (Sessão em contexto de sala)



C.E.C.D. Mira Sintra
Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência, C.R.L.

Ficha de Avaliação / Monitorização de Competências Sociais

Sessão de Competências Pessoais e Sociais nº 1
Grupo Estudo Caso

Comportamento	Data	Avaliação									
		19/12/18	19/12/18								
		1 - Participa ativamente	4	4							
2 - Esteve atento	3	4									
3 - Interagiu adequadamente com os colegas	1										
4 - Interagiu adequadamente com os técnicos	5	5									
5 - Ajudou os colegas	1										
6 - Ajudou os técnicos	5	5									
7 - Respeitou as regras	5	5									
8 - Teve iniciativa	4	4									
9 - Tomou a vez	1										
10 - Aceitou situações novas	5	5									
11 - Conseguiu defender direitos legítimos											
12 - Conseguiu expressar opiniões pessoais											
13 - Conseguiu recusar pedidos indevidos											
14 - Conseguiu, quando em desacordo com alguém, exprimi-lo de modo convincente											
15 - Falou o tempo necessário para expor as suas opiniões											
16 - Falou num tom claro e audível	5	5									
17 - Conseguiu expressar afetos positivos e ou negativos	2	2									

Observações:

* **Legenda:** 1 - Nunca, 2 - Raramente, 3 - Algumas vezes, 4 - Frequentemente, 5 - Quase Sempre

Responsável: _____

CECD_207-01 1

Figura 1 Ficha de monitorização (contexto sala)- Estudo de caso

22/2/19

→ Música (I)

conversa inicial + pares +

Na atividade dos pares, qd estava mostrando alguma frustração (+ expressões faciais ☹), mas isso não o impedia de n voltar a tentar

Revelou alguma desatenção, mas qd chamado à atenção continuava-se facilmente. Os episódios de desatenção (fuga de pensamento e do tema de conversa) surgiam qd era questionado sobre algo.

Dificuldades em descrever / falar sobre algo

Devido à falta de tempo n foi feita a atv. de sobre palavras qd se ouvia a palavra x. O cliente falou sobre uma festa q ia naquele dia (por norma fala smp sobre o msm, e naquele dia n).

27/2/19

→ Música (II)

conversa inicial + computador música + identificação de músicas

A sessão n foi feita na atv. n foi totalmente. Realizaram-se as atv. de computador a música e a identificação dos interesses, e deixou-se p/ outra altura a atv. dos ritmos.

A sessão n se fez toda, pq como se viu o pc p/ a sessão e o A. acaba pc's. aproveitou-se p/ vez o q é q de costuma fazer no pc (o q gosta...) → *Exercício?*

Além disso, e p/ lembrar o q já tinha sido feito, foram mostradas algumas coisas q se tinham mostrado anterior.

Comparando c/ a sessão anterior, existiram $\$$ períodos (+) longos de atenção.

Figura 1 (continuação) Ficha de monitorização (contexto sala)- Estudo de caso

Anexo J- Plano de sessão com Estudo de Caso (Sessão em contexto de ginásio)

Tema:	Power ranger: Lost Galaxy
<p>Recordar a história do power ranger vermelho.</p> <p>O cliente interpretará a personagem “Leo”, e deve fazer as atividades propostas para se tornar no Ranger Vermelho</p> <p>Após cada atividade o AM ganha alguma coisa da personagem.</p> <p>História: “Leo queria poder ir para a Terra Ventura e conhecer a Galáxia Perdida. Por isso infiltrou-se na nave que levava os cadetes de Terra Ventura para a Lua. Quando lá chegou, conhece Maya e os seus colegas de missão e é obrigado a ir para Mirinoi. Lá ele perde o seu irmão e recebe dele um Sabre Quasar (que estava preso numa rocha). Desde aí ele fez com que a sua vida fosse destinada a destruir o Império de Scorpius pela morte de seu irmão. Quando recebeu o Sabre Quasar, converteu-se no Ranger vermelho e ganhou os poderes do fogo” (fonte: Wikipédia).</p> <p>Os espaços da atividade estarão previamente formados, e identificados com imagens alusivas ao tema</p>	

Atividade	Material	Descrição	Objetivos	Tempo	Estratégias
Conversa Inicial	Imagens	<ul style="list-style-type: none">- Com auxílio de imagens perguntar o dia, o dia da semana, o mês e a estação em que se encontra;- Recordar o que foi feito na sessão anterior.- Resumir o que será feito naquele dia	<ul style="list-style-type: none">- Potenciar a orientação espaciotemporal- Promover a memória a curto e longo prazo	5'	Utilização de linguagem simples e objetiva; Informação transmitida de forma faseada;
Leo invade a nave e tem de fugir dos seguranças					
Apanha se consegue	Colete	Objetivo: Apanhar o colete/ proteger o colete Uma pessoa corre com o colete. A outra tenta apanhá-lo. Quando um dos elementos apanha o colete, trocam de posições.	<ul style="list-style-type: none">- Promover a agilidade e a velocidade;- Potenciar a resolução de problemas e o uso de estratégias;	5'	
Vai para Mirinoi e recebe o Sabre Quaser					Feedbacks construtivos;
Corrida de obstáculos	Arcos	Monta-se um circuito com diferentes obstáculos. 1º) O percurso está previamente formado pela estagiária (arcos para saltar de forma alternada; linha para se equilibrar; bastões para saltar a dois pés)	<ul style="list-style-type: none">- Promover a motricidade global;- Potenciar habilidades motoras;- Estimular a criatividade;	10'	Demonstração Pistas Verbais e visuais
	Bastões	2º) Com os mesmos materiais, o cliente deve definir novas ações. No final, conquista o Sabre (bastão)	<ul style="list-style-type: none">- Melhorar a memória;- Promover a manutenção do equilíbrio		
Luta com o general Furio					

Atividade	Material	Descrição	Objetivos	Tempo	Estratégias
Ataca e defende	Bolas de várias cores Cesto Cone de chinês	As bolas estão espalhadas pelo espaço. O cliente deve apanhar apenas as bolas da cor que foi dita inicialmente. Em seguida, deve lançá-las para um cesto. Para dificultar, a estagiária deve defender o cesto. Para o defender deve tentar apanhar a bola com um cone de chinês (o cone é como se fosse um escudo). Depois trocam de posições No final recebe a máscara do Power ranger	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a resolução de problemas; - Estimular o raciocínio; - Promover as praxias; - Estimular a coordenação oculo-visual; - Potenciar a atenção/concentração; 	10'	
Torna-se o ranger vermelho e destrói o scorpius					
Acerta na cor	4 cones Bola de futebol	Objetivo: Derrubar os cones segundo uma ordem específica. Diz-se um código de cores (e.g. verde, amarelo, vermelho, amarelo) que o cliente terá de decorar. Em seguida, é dada uma bola e este terá de derrubar (com os pés) os cones segundo a ordem previamente estipulada.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a praxia global; - Promover a memória -Potenciar o uso de estratégias; - Promover a atenção/concentração 	10'	
Momento Final	—	Deixar o cliente escolher algo que queira fazer nos últimos minutos (e.g. ouvir uma música)	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a autonomia; -Estimular a identificação de interesses 	5'	
Conversa Final	—	Rever o que se fez na sessão. Perguntar como correu a sessão, o que mais/ menos gostou.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a memória; - Potenciar a comunicação; - Estimular a reflexão crítica 	5'	

Anexo J.1- Reflexão do Plano de sessão com Estudo de caso (sessão em contexto de ginásio)

Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência, C.R.L.

Ficha de Avaliação / Monitorização de Competências Sociais

Sessão de Competências Pessoais e Sociais nº Power Pongos II Grupo EC

Comportamento	Data	Avaliação									
		13/03/19									
1 - Participa ativamente	5										
2 - Esteve atento	4										
3 - Interagiu adequadamente com os colegas	—										
4 - Interagiu adequadamente com os técnicos	5										
5 - Ajudou os colegas	—										
6 - Ajudou os técnicos	5										
7 - Respeitou as regras	5										
8 - Teve iniciativa	3										
9 - Tomou a vez	—										
10 - Aceitou situações novas	5										
11 - Conseguiu defender direitos legítimos	—										
12 - Conseguiu expressar opiniões pessoais	2										
13 - Conseguiu recusar pedidos indevidos	—										
14 - Conseguiu, quando em desacordo com alguém, exprimi-lo de modo convincente	—										
15 - Falou o tempo necessário para expor as suas opiniões	2										
16 - Falou num tom claro e audível	5										
17 - Conseguiu expressar afetos positivos e ou negativos	2										

* **Legenda:** 1 - Nunca, 2 - Raramente, 3 - Algumas vezes, 4 - Frequentemente, 5 - Quase Sempre

Observações: Rei mauda + Rubik cube + bola x vezes
 → Participou ativamente, dispôs-se a atenção algumas x (mas n'tanto como antes),
 → Rei mauda: percebeu o obj., mas teve dif. em perceber q' só devia obedecer às ordens dadas por um determinado comando.
 Foi capaz de brincar de posição e de dar + formas de destinação.

Responsável: _____

CECD_207-01

1/1

Figura 2 Ficha de monitorização (sessão ginásio)- Estudo de caso

conhecido, foi necessária alguma ajuda verbal

- Rubricar cube
 - inicialmente foi difícil compreender o \bar{q} era p/ fazer mais ao fim de algumas demonstrações e ajuda verbal chegou lá
 - Foi necessário ir repetindo \bar{q} as cores = deviam estar juntos na horizontal
- Passou a bola x vezes e marcar
 - 1º) foi questionado como queria começar a atv. (se c/ a bola de Basquetebol ou futebol), este inicialmente mostrou alguma dif. mas qd insistiu escolheu a bola de futebol
 - Relativamente ao nº de passos, este (c/ajuda) ~~ele~~ foi capaz de fazer contas.
 - Em seguida foi feita a msm atv c/ a bola de basquetebol
- conversa final
 - Escolheu a atv. \bar{q} mais tinha gostado, mas \bar{n} foi capaz de identificar o \bar{q} \ominus gostou!

Figura 2 (continuação) - Ficha de monitorização (sessão ginásio)- Estudo de caso

Anexo K- Exemplo de plano de sessão de equitação terapêutica

Plano fornecido pelo *Opaddock*

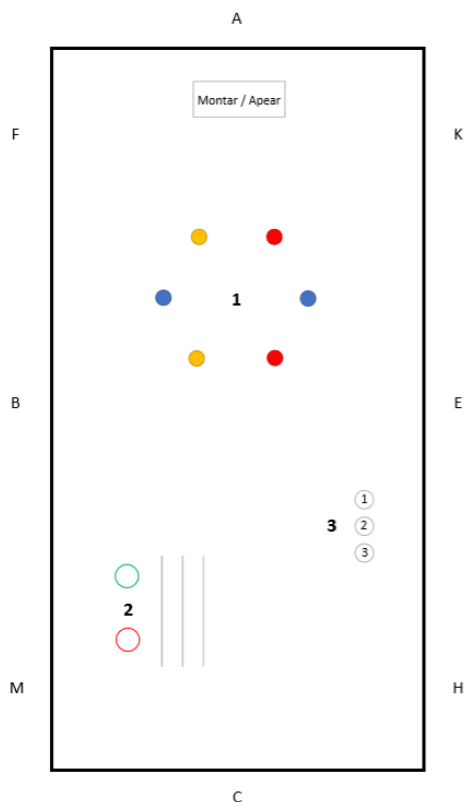


Figura 3 Organização dos materiais pelo espaço

Equitação com Fins Terapêuticos
16 e 17 de Setembro

1ª sessão

Destaques
Exercícios com cores e números

Material necessário

- 6 pinos (2 azul, 2 vermelho, 2 amarelo)
- Arcos coloridos
- 2 cestos coloridos (1 verde, 1 vermelho)
- 2 bolas coloridas (1 vermelha, 1 azul)
- Cestos numerados
- Bolas numeradas

Figura 4 Lista de materiais necessários para a sessão

Plano da sessão	
1ª fase	
Aproximação ao cavalo	
Montar	
2ª fase	
Primeira volta ao percurso	
Exercícios:	
<ol style="list-style-type: none"> Pinos coloridos e arcos <ul style="list-style-type: none"> - Andar a passo em redor dos pinos - Colocar as argolas coloridas nos pinos correspondentes Cestos e bolas <ul style="list-style-type: none"> - Acertar com a bola no cesto correspondente de três distâncias Cestos numerados <ul style="list-style-type: none"> - Acertar com a bola numerada no cesto correspondente 	
Última volta ao percurso	
3ª fase	
Apear	
Maneio	
Limpar o pônei	

Figura 5 Exemplo de sessão de equitação terapêutica